



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

PSYCHIATRES et BURNOUT ?
Etude de la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des
Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais.

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 8 JUIN 2012
Par Ruth WIERTZ

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL
Monsieur le Docteur Emmanuel CHAZARD
Monsieur le Docteur Thierry DANEL

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Alain BOITRELLE

Travail réalisé dans le cadre et avec l'aide de la Fédération Régionale de Recherche en
Santé Mentale du Nord Pas de Calais

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

SOMMAIRE

Introduction	9
I –L’EPUISEMENT PROFESSIONNEL	11
<u>I - Le CONCEPT de Syndrome d’Epuisement Professionnel (SEP)</u>	11
1- Historique	11
- FREUDENBERGER 1974 : Première définition.....	11
- MASLACH 1976 : Validation du concept.....	12
- Autres Conceptions initiales du burn out :	
CHERNISS et PINES	14
- Evolution des Recherches	15
2- Définition	19
- Intérêts d’une Définition.....	19
- Les Termes utilisés	19
- Les Définitions.....	20
- Clinique : Signes non spécifiques.....	21
- Description du Syndrome.....	22
L’Epuisement Emotionnel.....	22
La Déshumanisation ou Dépersonnalisation	23
La perte de l’Accomplissement Personnel.....	23
3- Limites du Syndrome/Diagnostic différentiel	24
1/ EP et Psychopathologie du Travail.....	24
2/ EP et Stress.....	26
✓ Le Stress	26
✓ Les Conceptions du Stress	27
■ Les Conceptions théoriques du stress : les modèles « stimuli / réponse ».....	27
■ Les Modèles Psychologiques du stress : les modèles Transactionnels	28
✓ Le modèle de KARASEK (1979) : le modèle Exigences/ Contrôle	28
✓ Le modèle de SIEGRIST : la théorie de la motivation et de la valeur des attentes	30
✓ Le modèle transactionnel de CHERNISS (1980)	31
✓ Le modèle de PINES (1982) : l’approche motivationnelle	31

√ Le modèle Transactionnel de Référence :	
Le Paradigme de LAZARUS et FOLKMAN (1984).....	32
Le COPING	32
√ La Théorie de Conservation des Ressources	35
3/ EP et Troubles Psychiatriques.....	38
- Le Syndrome dépressif.....	38
- Les Troubles anxieux.....	39
- Les Somatisations.....	39
- DSM IV : Burnout, un Trouble de l'Adaptation ?.....	40

II-CONSEQUENCES du BURNOUT 41

√ Les MANIFESTATIONS de l'Épuisement Professionnel	41
1 - Les Manifestations physiques	41
2 - Les Manifestations émotionnelles, attitudinales et comportementales	42
√ Le SUICIDE des Médecins : STADE ULTIME du Burn out ?	43
1 – Les ETUDES sur le SUICIDE des Médecins	43
√ Littérature Internationale	44
√ Etat des lieux en France	44
√ Tentatives de Suicide et Idées suicidaires des Médecins	46
2 – Caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et comorbidités	46
√ Le sexe	46
√ L'âge	46
√ La spécialité médicale	46
√ Les modalités d'exercice	48
√ Les moyens utilisés	48
√ Le statut social et affectif	48
√ Les comorbidités.....	48

III- EVALUATION : La MESURE du Burnout..... 50

1- Intérêts d'une évaluation	50
2- Les instruments de mesure	50
3- Le MBI	50
- Présentation de l'outil	50
- Interprétation du MBI	51
- Validité du MBI	52
√ Validité convergente	53
√ Validité divergente (ou discriminante)	53
√ Validité factorielle	54
√ La consistance interne du MBI	54
√ La stabilité du MBI à travers le temps	54
√ Les LIMITES du MBI	54

IV- <u>EPIDEMIOLOGIE</u>	56
I – Etudes sur le Burnout en France et en Europe	56
1- En Libéral et en Médecine Générale	56
2- En Milieu Hospitalier. Enquête SESMAT	58
3- Etudes Françaises sur le Burnout des Psychiatres	60
- Epuisement Professionnel des Psychiatres de Haute-Normandie, 2010 (Albane LACOUTURE)	60
- Burnout chez les Internes en Psychiatrie Français 2009 (Olivier ANDLAUER).....	60
II- Les Etudes Internationales sur le Burnout	65
III- Les Etudes sur le SUICIDE des Médecins en France et dans le Monde	66
V- <u>L'ANALYSE ETIOLOGIQUE</u>	68
I- Les DIFFERENCES INDIVIDUELLES face au BURNOUT	68
1 - Faut-il prendre en compte les différences Individuelles ?	68
2 - Place des Caractéristiques Individuelles dans le processus de burnout	69
3 - Les Caractéristiques Sociodémographiques.....	70
4 - Les Facteurs de Personnalité	71
- Le Big Five	71
- Hardiness : un Profil de Personnalité remarquable	73
- Le Sens de la Cohérence	75
- Le Profil Comportemental de Type A	75
- Le Locus of Control	76
- L'Auto-Efficacité	77
- L'Estime de Soi	78
5 - Personnalité comme Hiérarchie de Buts.....	79
II- ANALYSE DESCRIPTIVE des FACTEURS de STRESS du Soignant à l'HOPITAL	81
A- Les Variables personnelles du sujet	81
1- Les Variables Sociodémographiques	81
2- Les Variables Professionnelles	81
B- Les Facteurs de Stress liés à l'ORGANISATION du TRAVAIL	82
√ L'Ambiguïté des rôles	82
√ L'Interruption des tâches	82
C- Les Facteurs de Stress liés aux CONDITIONS de TRAVAIL	82
- La Relation d'Aide	83
- La Distance entre le Soignant et le Soigné	83
- La Confrontation à la Souffrance, à la Mort	84

- Le Manque de Soutien	85
■ Le Manque d'Echange	85
■ L'Altération de la Communication	85
Les Conflits	85
Le Cloisonnement	85
Le Phénomène <i>d'Includence</i> de TELLENBACH	85
- La Loi du Silence.....	87

III- Le MEDECIN, la MEDECINE et l'Épuisement Professionnel

1- Le MEDECIN	87
✓ Le CHOIX de la MEDECINE	88
✓ La PERSONNALITE des MEDECINS	89
- Le Perfectionnisme	89
- Le doute chronique	90
- Un sens exagéré des responsabilités et des sentiments marqués et fréquents de culpabilité	90
- Un esprit de compétition	91
- Le désir de toute-puissance et sentiment d'invulnérabilité	91
- Le Besoin d'Être avant Tout « Bon Médecin » avant d'« Être Soi ».....	91
- Une indépendance marquée	92
- L'alexithymie	92
✓ Le MEDECIN : Un Malade pas comme les autres...	92
- La prise en charge médicale des Médecins	93
Le Médecin traitant	93
L'auto-prescription	93
L'arrêt maladie	93
- La Maladie	93
La dénégation ou le déni	94
Les Représentations et les Enjeux	94
Les Conséquences de la Maladie.....	95
- La Prévention du Médecin Malade	96
2- La MEDECINE	97
✓ La Formation Médicale	97
✓ L'Exercice médical	99
■ Les Exigences Professionnelles	99
- Les Contraintes Administratives	99
- La Responsabilité du Médecin, les Contraintes Judiciaires et Ordinales.....	100
- La Charge de travail	100
- Le manque de reconnaissance et de Soutien Social.....	101
- La Polyvalence du Médecin : Soignant et Econome de la Santé.....	101
- La Perte d'autonomie et ses Conséquences.....	102
- L'explosion des connaissances médicales, de la technologie et leurs limites.....	102

■ La Relation Médecin Malade	103
- La disparition d'une vocation ?	103
- La démystification de l'Identité du Médecin	103
- Les Exigences des patients	104
- L'Exposition à la Violence	104
- La remise en question de l'Engagement tacit	105
- Le transfert de la souffrance	105
■ Le Retentissement Vie Professionnelle / Vie personnelle	106
✓ La Spécificité du Psychiatre	107
1 - La Relation Médecin Psychiatre / Malade	107
✓ Le Spectre Emotionnel	107
✓ La Souffrance Psychique	108
✓ Le Traumatisme par Procuration	109
2 - Les Patients Psychiatriques	109
3 - La prise en charge en Santé Mentale et ses Spécificités	109
4 - La diversification de la Psychiatrie, la perte des limites de la spécialité et la « Psychiatisation » des Problèmes Sociaux	110
5 - La Violence en Psychiatrie	111
6 - Une Pression Sociale et Politique sur le Système de Soins	112
7 - Les Changements en Hôpital Psychiatrique	113

II – L'ETUDE : ENQUETE au près des Médecins Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais

114

I - PRESENTATION de l'ETUDE

114

1 Objectif de l'Etude	115
2 La Cohorte : Les Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais	115
3 Matériel et Méthode	119
- Le déroulement	119
- Le questionnaire	120
4 Recueil des Données et Analyse Statistique	124

II - RESULTATS

124

I- Organigramme	125
II- Participation à l'Enquête : le Taux de réponse	126
III- Statistiques DESCRIPTIVES :	
Caractéristiques de la Population Etudiée	127
✓ Caractéristiques démographiques	127
✓ Caractéristiques professionnelles	128

√ Représentativité de la Population de Psychiatres Répondants par rapport à la Population Etudiée	129
√ Positionnement des Psychiatres par rapport à l'EP	132
IV- Statistiques DESCRIPTIVES : Les RESULTATS du MBI	133
V- Statistiques COMPARATIVES	141

III - DISCUSSION	145
1 - Généralités	145
2 - Accueil de l'étude	146
3 - Limites et Biais	146
4 - Les Points Forts de l'Etude	150
5 Comparaison des résultats de l'Etude aux Etudes préexistantes	150
√ Résultats des Etudes Préexistantes sur le Burn out	150
√ Comparaisons des Résultats	150
- Psychiatres étudiés VS psychiatres	150
- Psychiatres étudiés VS autres médecins	155
- Psychiatres VS Internes	156
6 – COMMENTAIRES de l'Etude	156

III – PREVENTION et PERSPECTIVES

I – BURNOUT et INTERVENTIONS : Généralités	158
1 Rappels méthodologiques élémentaires	158
2 Les Objectifs des Investigations : changer l'Individu ou l'Environnement	160
3 Les niveaux d'Intervention de Prévention	161

II –PREVENTION du BURNOUT des MEDECINS	163
I - Sur le Plan Individuel	163
- Personnel	163
- Professionnel	166
II - Sur le Plan Institutionnel	170
III - Sur le Plan Social	183

III – ELEMENTS de PREVENTION de l'EP en PSYCHIATRIE	188
--	-----

IV – PERSPECTIVES	191
--------------------------------	-----

IV- CONCLUSION

Annexes	197
Références Bibliographiques	216
Résumé de 4^{ème} couverture	227

LISTE des ABREVIATIONS

- AAPML** Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
ADELI Automatisation Des Listes (C'est un répertoire national d'identification des professionnels de santé qui contient des informations telles que l'état civil, la situation professionnelle et l'activité exercée)
AMA American Medical Association
AP Accomplissement Personnel (3^{ème} dimension du MBI)
APSS Association Pour les Soins aux Soignants
ARS Agence Régionale de Santé
AWLS Areas of Work Life Survey
BDI Beck Depression Inventory
CARMF Caisse Autonome de Retraite des Médecins Libéraux Français
CBI Copenhaguen Burnout Inventory
CH Centre Hospitalier
CHAM Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil
CIM 10 Classification Internationale des Maladies, 10^e édition
CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins
CME Commission Médicale d'Etablissement
DP Dépersonnalisation (2^{ème} dimension du MBI)
DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
ECN Examen National Classant (Concours d'Internat en Médecine)
EE Epuisement Emotionnel (1^{ère} dimension du MBI)
EP Epuisement Professionnel
EPSM Etablissement Public de Santé Mentale
FMC Formation Médicale Continue
FR Facteur de Risque
F2RSM Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale du Nord Pas de Calais
GHICL Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
MBI Maslach Burnout Inventory
LOC Locus of Control
ONVH Observatoire National des Violences Hospitalières
OR Odds Ratio
ORS Observatoire Régional de Santé
PAIMM Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade
PAMC Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés
PAMQ Programme d'Aide aux Médecins du Québec
PRESST-NEXT Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail -Nurses early Exit sTudy.
PCEM1 Premier Cycle des Etudes Médicales, 1^{ère} année
SEP Syndrome d'Epuisement Professionnel
SEPS Syndrome d'Epuisement Professionnel du Soignant
SESMAT Santé et Satisfaction des Médecins au Travail
SMPR Service Médico-Psychiatrique Régional
TRC Théorie de Conservation des Ressources
URML Union Régionale des Médecins Libéraux
VIP Very Important Person

Introduction

Le Syndrome d'Épuisement Professionnel (SEP) ou Burnout Syndrome est un concept qui a émergé aux États-Unis dans les années 70 en tant que problème social. Le terme de burnout a été utilisé pour la première fois par le Psychiatre Herbert J. FREUDENBERGER puis par Christina MASLACH, Chercheur en Psychologie dont les travaux ont été à l'origine de la définition du Syndrome, ainsi que de l'élaboration de l'outil de mesure : le *Maslach Burnout Inventory*, le MBI.

De très nombreux travaux ont tenté de comprendre ce phénomène, de le définir, d'en déterminer les causes (Individu ou Environnement de travail), les mécanismes, les conséquences. Ces chercheurs se sont battus pour que le syndrome soit reconnu et admis sur un plan scientifique. Malgré une émergence difficile, de très nombreux programmes de recherche ont été mis en place dans le monde entier et le concept connaît une expansion considérable depuis les années 80.

Initialement reconnu comme une atteinte auprès des professionnels de l'aide, il a été progressivement étendu à l'ensemble des professions. Il reste pourtant encore essentiellement appliqué au Soignant, et en particulier à la Profession Médicale.

J'ai pu me rendre compte, au cours de mes Etudes de Médecine et lors de mon Internat, que les Médecins avaient un rapport particulier à l'égard de leur propre état de santé et j'ai également compris que la profession médicale était particulièrement exposée au stress professionnel.

Mon travail en Psychiatrie, la rencontre du Docteur BOITRELLE, mon Directeur de Thèse et de Docteur DANIEL à la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale du Nord Pas de Calais m'ont permis de réaliser un travail sur l'Épuisement Professionnel des Psychiatres.

Le contexte est le suivant : Les Médecins, dont le métier est en soi, déjà bien difficile, se retrouvent depuis plusieurs années dans un univers médical bouleversé par des changements, des exigences et contraintes multiples et variées, mais en augmentation croissante avec le temps (responsabilité médicale, surcharge administrative, altération de la relation médecin / patient, pression politique et sociale ...).

Les faits sont alarmants : une augmentation de l'épuisement professionnel qui s'élève à 50% en Médecine générale et une surreprésentation des Suicides dans la Profession Médicale dont la prise de conscience en France a pour point de départ, le Drame en Vaucluse. Le constat de l'Ordre des médecins vauclusiens en 2003 est le suivant : 11 décès par suicide sur 22 médecins généralistes décédés.

Ces faits reflètent de manière indéniable une souffrance réelle au sein de la profession médicale.

J'ai pu constater par moi-même, que les Psychiatres, de par la spécificité de leur exercice, sont exposés à un stress professionnel particulier, différent des autres spécialités en Médecine.

La littérature internationale fait état de risques spécifiques pour la santé chez les médecins Psychiatres.

En effet, la psychiatrie semble être une « profession à risque » en raison de l'intensité de la charge émotionnelle de la relation médecin/malade, de l'exposition à la souffrance psychique, de la confrontation au suicide et de la gestion du risque suicidaire et du passage à l'acte en général.

L'exercice en Santé Mentale pose aussi le problème de la fréquence de la violence, de la stigmatisation de la population traitée étendue à ceux qui la traitent. Il se heurte aussi à la chronicité des troubles mentaux, à la fréquence des rechutes, l'absence de traitement curatif, à la fréquence des situations de déclin sociocognitif, du handicap et de la dépendance.

Enfin, il existe des amalgames entre pathologie psychiatrique et problèmes sociaux et une confusion avec les problèmes qui relèvent du champ judiciaire et d'autres raisons seront abordées tout au long de ce travail.

Nous avons donc la conviction que la Psychiatrie, au sein d'une Profession Médicale déjà « à risque » était particulièrement exposée aux risques psychosociaux et à l'épuisement professionnel.

A notre connaissance, il n'y avait pas d'Etude spécifique nationale sur le Syndrome d'EP des Psychiatres en France.

C'est dans ce contexte que nous avons mis en place ce projet en juin 2011, dans le cadre de la F2RSM du Nord Pas de Calais. La population étudiée est représentée par les Psychiatres Hospitaliers de notre Région. L'outil de mesure utilisé dans notre Etude est le MBI.

La question à laquelle nous avons souhaité répondre dans cette Etude est la suivante : **Est-ce que les Psychiatres sont concernés par l'Épuisement Professionnel et si Oui, à quel degré ?**

Notre travail s'articule en 3 parties.

Dans un premier temps, nous aborderons le SEP : de l'émergence du concept à l'analyse étiologique en passant par sa définition, son évaluation, ses limites, son diagnostic différentiel et les études réalisées dans le monde.

Le deuxième chapitre sera entièrement consacré à notre Etude.

Enfin dans un troisième temps, nous traiterons les moyens existants et possibles qui permettent de prévenir le burnout des Médecins.

I- L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

I - Le CONCEPT de SYNDROME d'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

1. HISTORIQUE

L'Histoire du Syndrome d'Épuisement Professionnel ou Burnout permet de comprendre les difficultés d'acceptation du concept par la communauté scientifique. Un précurseur du concept : Claude VEIL est Psychiatre français, Pionnier en Psychiatrie Sociale et Psychopathologie du Travail. Il a décrit en 1959 dans le *Concours Médical : Les états d'épuisement au travail*. [1]

Le terme de « **burn out syndrome** » va naître aux Etats-Unis durant les années 70, en tant que problème social et non pas comme un problème théorique. Les cliniciens, Herbert FREUDENBERGER et Christina MASLACH se sont intéressés à cet élément de réalité sociale qu'est le burn out.

1- FREUDENBERGER 1974 : Première description du Burnout.

Herbert FREUDENBERGER, Psychiatre et Psychanalyste américain intervenait dans une *free clinic* dans le *Lower East Side* de New York. Les *free clinics* étaient des lieux thérapeutiques (HDJ alternatifs), spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes.

En 1970, il a utilisé le terme de burnout pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès des patients toxicomanes dans ces structures. [2]

Ces structures étaient marquées par une forte exigence en disponibilité de la part du soignant.

Il observe alors un phénomène paradoxal : de nombreux bénévoles perdent, après un an d'activité, l'enthousiasme suffisant pour leur engagement initial et ils n'ont plus cette certitude de faire un travail significatif (*un travail qui a un sens*).

Il décrit dès lors une symptomatologie physique (épuisement, troubles somatiques divers, insomnie etc.) mais également comportementale (troubles émotionnels, perte d'énergie..) qui accompagne ce changement. Il évoque également des attitudes négatives et des stratégies de surenchère (passer plus de temps au travail mais de façon inefficace) ou à l'inverse d'évitement (isolement).

Le terme burnout signifie « s'user, s'épuiser en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ». Il qualifie l'état d'une bougie qui, après avoir éclairé de longues heures n'offre plus qu'une flamme vacillante.

En 1980, il justifie l'utilisation de ce terme métaphorique :

« Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens étaient parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

Herbert FREUDENBERGER, 1980

A noter que d'après FREUDENBERGER et RICHELSON (1980) [3], le burnout atteint des individus qui présentent **une surestimation de soi**.

Ils ne s'estiment pas à leur vraie valeur mais ont une image idéalisée d'eux-mêmes et se perçoivent comme dynamiques, charismatiques et particulièrement compétents. La confrontation à la réalité et à leur « soi véritable », constitue un obstacle majeur à la réalisation des objectifs fixés qui sont impossibles à atteindre.

Pour FREUDENBERGER, les facteurs individuels ont une place considérable dans le développement du burnout puisque selon lui, ce sont les individus engagés et dévoués à une cause qui sont frappés par le burnout.

Le burnout est « la maladie du battant ».

2- MASLACH 1976 : Validation du Concept.

En 1975, à San Francisco, Christina MASLACH chercheur en Psychologie Sociale a contribué à imposer le concept de burnout et à asseoir sa validité. [4] Elle a mené des recherches sur les stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle et a défini 2 concepts :

- **L'inquiétude distante (detached concern)** : pour un médecin, il s'agit de l'attitude idéale combinant compassion et détachement émotionnel. Le médecin est soucieux du bien-être du patient, mais également attentif à maintenir la distance suffisante pour éviter une implication trop forte.
- **L'objectivation comme autodéfense (dehumanisation in self-defence)** : il s'agit de se protéger du débordement émotionnel en considérant les personnes comme « des cas, des symptômes, des maladies, .. ». (A l'origine d'une des 3 dimensions du MBI : la Dépersonnalisation).

Armée de ces concepts théoriques, MASLACH va alors démarrer un programme de recherche auprès de la Profession Médicale et particulièrement en Santé Mentale.

Résultat des analyses :

- Les expériences émotionnelles sont le plus souvent une source de stress (patients difficiles, en souffrance, confrontation aux familles, annonces de diagnostics, conflits avec les collègues etc.)
- Les professionnels en santé mentale sont incapables d'atteindre un « détachement » suffisant.
- Ils adoptent des attitudes négatives envers les patients.
- Ils interprètent des expériences émotionnelles comme des échecs, doutent quant à leurs capacités à travailler en tant que soignant, déprécient leurs compétences...)

Pour MASLACH, à l'inverse de FREUDENBERGER qui insistait sur les facteurs personnels, les causes du burnout se situent dans l'environnement de travail.

Sur le plan scientifique, les termes de « burnout » et « d'épuisement professionnel » ont été, et sont encore considérés jusqu'à ce jour avec prudence voire méfiance par la communauté scientifique.

Les hypothèses sont les suivantes :

- Une des raisons peut être la double origine du concept qui traite dans le même temps : d'une part l'analyse de la relation d'aide et l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu, et d'autre part l'organisation du travail.
- Le principal obstacle à l'émergence du concept a été de le définir.
En 1982, la première grande revue de littérature de PERLMAN et HARTMAN [5] a démontré la dispersion des conceptions, après avoir recensé près de cinquante définitions différentes dans les articles publiés. Le risque était de tout englober et de ne rien désigner.
- Les premières études ne reposaient pas sur des données empiriques mais sur des cas isolés.

Les praticiens ont été alertés par ce syndrome mais leur intérêt portait surtout sur la façon de résoudre le problème par l'élaboration d'interventions plutôt que de concevoir des recherches pour le conceptualiser.

Les chercheurs ont initialement détourné le problème en considérant la notion de burnout comme « pseudo-scientifique ».

Le premier article de MASLACH et JACKSON a été retourné par une revue scientifique avant même d'être soumis au comité de lecture avec le mot suivant : « Nous ne publions pas de psychologie populaire ».

A noter que, dès le départ, le terme de burn out a été, et est encore à ce jour séparé des affections psychiatriques et exclu du DSM mais apparenté aux désordres psychosociaux.

En 1981, pour une meilleure définition du terme, C. MASLACH et son équipe élaborent un instrument de mesure adapté aux « relations d'aide » : le *Maslach Burn out Inventory* (MBI, 1981). [6]

Et depuis, cet instrument de mesure est reconnu internationalement, et utilisé dans des recherches publiées dans des revues telles que *Journal of Personality and Social Psychology*, *Journal of Applied Psychology*, *Work and Stress*, *Journal of Occupational Behavior*....

Et dès le début des années 80, la définition et la conceptualisation du syndrome permettent la publication des premières recherches systématiques.

3 – Autres conceptions initiales du burn out :

- Cary CHERNISS (1980) : Approche transactionnelle

Pour CHERNISS, le burn out est le produit d'une interaction entre l'individu et son environnement qui ne sont plus des entités séparées mais des composantes d'un processus évolutif dans lequel ils interagissent mutuellement et continuellement. [7]

Le burnout provient d'un déséquilibre entre les ressources de l'individu et les exigences au travail. Les ressources de l'individu étant soit personnelles (estime de soi, auto efficacité etc.) soit organisationnelles (soutien des collègues, de la hiérarchie).

Et ce déséquilibre résulte des écarts entre les attentes et la réalité du terrain. Dans ce modèle les sources de stress proviennent à la fois de l'environnement et de l'individu.

Dans les caractéristiques individuelles, CHERNISS, a intégré la notion des attentes du travail, des orientations de carrière et également des stratégies développées face au stress. Certains adoptent des modalités actives dans la résolution des problèmes. Ceux qui utilisent des attitudes et comportements négatifs sont susceptibles de présenter un burn out.

Pour CHERNISS il s'agit d'un **processus en plusieurs étapes** : perception du stress, réponse émotionnelle au stress, changement de l'attitude et du comportement. CHERNISS considère le burn out comme un coping (moyens de faire face à) défensif.

Les limites de l'Etude de CHERNISS : c'est une étude qualitative sur une cohorte restreinte et elle est spécifiquement ciblée sur des professionnels débutants.

C'est pourtant un modèle auquel nous adhérons puisqu'il intègre l'individu et son environnement dans un système interactif dont les composantes nous paraissent indissociables dans l'étude de l'épuisement professionnel.

- Alaya PINES (1982) : Approche motivationnelle

D'après PINES **le travail représente une quête existentielle.** Elle décrit le burnout comme une **incapacité à trouver une signification existentielle dans son travail.** Le burnout est alors l'état final d'un processus graduel de désillusion après un état initial de motivation et d'implication élevé. **«Pour être « consumé », il faut d'abord avoir été « enflammé » » (PINES) [8].**

Et pour PINES, le burnout ne survient pas simplement parce que l'utilisation des compétences est entravée mais pour une raison plus profonde :

L'impossibilité d'utiliser ses compétences prive l'individu de la signification qu'il recherche dans son travail. La perception que quels que soient les efforts, l'impact ne sera pas suffisamment significatif.

Les limites du modèle de PINES : c'est un modèle non testé mais pensé par PINES pour interpréter des résultats de recherche et qui s'étend au-delà des professionnels car ce modèle est appliqué dans les relations de couple et au cours des conflits politiques.

Les attentes du travail (CHERNISS) et la signification du travail (PINES) sont des notions qui nous parlent et qui peuvent à notre avis, contribuer au développement ou pas d'un burnout.

4- Evolution des recherches.

→ **Extension du burn out à tous les individus au travail.**

La principale définition retenue du burnout est celle de MASLACH et JACKSON (1981,1986) [6,9]. Elle a été retenue en partie du fait, de l'association du concept à un outil de mesure valide, simple d'utilisation et reconnu sur le plan international. Il s'agit du MBI : *Maslach Burnout Inventory*.

Cet outil de mesure, utilisé dans la quasi-totalité des recherches actuelles sera détaillé lors d'un chapitre ultérieur.

Il a été élaboré par MASLACH pour évaluer le burnout spécifiquement au niveau des Professions de l'Aide.

Les catégories professionnelles touchées sont :

- **Les Soignants : les médecins et l'ensemble des professionnels paramédicaux.**
- Le personnel médico-social, les assistantes sociales et le personnel des services sociaux
- Les éducateurs, les enseignants, les juges et les avocats
- Le personnel pénitentiaire, les policiers et les personnels de l'ordre public.

Initialement, les études sur le burnout se limitent exclusivement à ces professionnels de l'aide. Mais par la suite, les recherches vont progressivement mettre en évidence les facteurs organisationnels qui interagissent avec les dimensions du burnout : surcharge de travail, autonomie et latitude décisionnelle insuffisantes, manque d'équité.... Il en est de même pour un engagement au travail avec des attentes élevées. Le stress professionnel et les facteurs de risques de souffrance au travail en général ne sont pas spécifiques de la relation d'aide.

Et il va être progressivement admis que le burnout est susceptible de frapper l'ensemble du champ professionnel.

Une reconceptionnalisation va permettre d'étendre le burnout à d'autres professions, et il ne se limitera plus aux professionnels de l'aide.

Pour LEITER et SCHAUFELI (1996) [10] :

« Le burnout est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail. Les emplois psychologiquement « engageants » épuisent les ressources cognitives, émotionnelles et physiques ».

En 1986, MASLACH a élaboré des versions du MBI, qui sont des adaptations de la version unique et originale de 1981. Aujourd'hui il existe **3 versions du MBI [11]** :

- **Le MBI original MBI-HSS** (1981) : Human Services Survey.
C'est en fait la forme originale du MBI. C'est le MBI réservé aux **professionnels de la Relation d'Aide et c'est le MBI utilisé dans les recherches sur le Soignant.**
Les autres versions sont des adaptations du MBI original. Adaptations relativement faciles ou le terme « patients », a été remplacé par « clients » ou « élèves ». On distingue :
- **Le MBI-GS**: General Survey (1986).
C'est le MBI qui s'adresse à **l'ensemble des individus au travail.**
- **Le MBI-ES**: Educators Survey (1986) **spécifique aux professionnels de l'Enseignement.**

Dans toutes les versions du MBI, la mesure de burnout est basée sur l'étude des 3 dimensions : Epuisement émotionnel (EE), Dépersonnalisation (DP) et Perte de l'Accomplissement Personnel (AP). Elles seront détaillées dans le chapitre suivant.

A noter que la dimension Dépersonnalisation (DP) OU déshumanisation de la relation à l'autre, reste une dimension spécifique de la profession de l'aide. Et l'atteinte de cette dimension prend une place et a un poids considérable chez le Soignant, pour lequel la relation à l'autre est le fondement de sa profession et représente les motivations mêmes de son engagement. Pour le Soignant en général, et le Médecin en particulier, les retentissements de l'atteinte de la relation à l'autre (au Patient) sont particulièrement graves. Elles sont graves pour le Patient et pour le Médecin. Elles sont à l'origine de la perte d'empathie avec les conséquences que cela implique dans la prise en charge des malades. Elles sont également au niveau du professionnel lui-même, conscient de l'altération de la relation, à l'origine d'une souffrance réelle et de doutes qui peuvent aller parfois jusqu'à perdre les capacités d'exercer sa profession.

→ **Le Changement et les différentes formes de burnout.**

Aujourd'hui, il est admis qu'il existe plusieurs formes de burnout.

L'écart entre les attentes des professionnels et la réalité quotidienne dans le monde du travail est actuellement toujours considéré comme source de burn out.

Par contre, **la nature du burn out peut changer si la nature des pressions qui s'exercent sur l'individu change (FARBER, 2000). [12]**

La réalité et l'environnement du travail ont changé. Les valeurs, les représentations ainsi que les attentes du travail ont également changé.

Un Chapitre entier sera dédié aux facteurs étiologiques de l'épuisement professionnel. Nous n'évoquerons ici, que les principaux changements qui ont modifié le Monde Médical.

√ L'Environnement du travail

- Facteurs technologiques

Les progrès de la Science et de la Recherche Médicale ainsi que l'apparition de nouveaux moyens diagnostiques et thérapeutiques sont un avancement réel en Médecine. Paradoxalement, ils compliquent, à de nombreux niveaux, l'exercice professionnel du Médecin. Ne serait-ce que par l'élargissement des possibilités thérapeutiques qu'ils permettent, les recommandations multiples qui en résultent et la perpétuelle remise à jour de ses connaissances qu'ils nécessitent.

- Facteurs socioculturels

Une des principales modifications socioculturelles est l'altération, au fil du temps de la relation médecin-malade. On note une diminution réelle de l'autorité médicale, associé à une accentuation des attentes, voire des exigences des malades ainsi que de leurs familles. C'est là un autre retentissement possible, des progrès de la recherche en Médecine.

Les « patients », en passant par les « malades », sont devenus aujourd'hui des « usagers de droit » dont le médecin devient parfois « prestataire de services ».

La médiatisation de la médecine représente un autre facteur non négligeable qui retentit sur l'exercice médical en modifiant les représentations du Médecin, de son Exercice et du Monde Médical en général, et aussi de la Maladie.

Les interférences entre la médiatisation et l'exercice médical sont indéniables. Les patients disposent désormais de sources « médicales » multiples et variées ce à quoi le professionnel doit « faire face ».

Un autre changement important, c'est la Féminisation du corps médical et ses conséquences. La femme médecin doit non seulement répondre aux exigences de sa profession mais assumer aussi sa responsabilité familiale et notamment parentale.

La gestion de l'interface vie professionnelle / vie personnelle semble être une difficulté majeure pour les médecins en général. Alors il est aisé de comprendre et d'admettre la vulnérabilité des médecins femmes. Elles sont particulièrement exposées au suicide, au sein d'une profession médicale qui est déjà une population à risque.

- Facteurs économiques

Ce sont des facteurs non spécifiques au monde médical. Les conséquences des restrictions budgétaires sont à l'origine de moyens insuffisants ou inadaptés aux besoins.

Le Système de Soins actuel est un système quantitatif qui vise productivité et rentabilité au détriment de la qualité. L'organisation de ce Système évolue vers une « protocolisation » des Soins et vers une « normalisation » de la Médecine.

Les protocoles multiples, les conduites à tenir instaurées et figées par des 'recommandations de bonnes pratiques' se substituent à l'initiative, à la réflexion, à l'autonomie décisionnelle. La pratique médicale est de moins en moins individualisée, la liberté d'exercice du médecin est de plus en plus entravée et le temps consacré au malade très fortement diminué.

- Facteurs politiques

Le manque de reconnaissance du Corps Médical de la part des autorités et des pouvoirs publics, la « judiciarisation » de la Médecine, les responsabilités croissantes attribuées aux Médecins ainsi que les changements induits sont des contraintes avérées pour l'exercice médical. L'absence de concertation et de négociation des autorités avec les médecins en ce qui concerne la Législation et la Politique de Soins a des conséquences réelles : incompréhension, colère, perte de motivation, insatisfaction.

Le Monde Médical subit et a été marqué par de très nombreux CHANGEMENTS et la rapidité avec laquelle ils se sont imposés, a nécessité des capacités et des efforts d'adaptation considérables de la part des médecins.

Ces changements sont source d'une accentuation réelle du stress ainsi que de l'apparition de nouvelles formes de stress. Avec un effet de « cisaillement » : une accentuation de la charge de travail et des contraintes en général, des besoins croissants et à l'opposé une diminution de moyens.

Tous ces facteurs liés à l'environnement médical peuvent contribuer au développement d'un Epuisement Professionnel.

✓ Les valeurs, les représentations et les attentes du travail

La Médecine n'est plus une « vocation » comme elle a pu l'être autrefois avec un engagement social et moral profond, un investissement sans limites dont la seule récompense réelle était le sens même de la profession : c'est à dire venir en aide à son Prochain, malade, démunie ou dans le besoin.

C'est ainsi que les jeunes médecins d'aujourd'hui privilégient davantage leur carrière et leur vie privée, que leurs confrères plus âgés qui s'engageaient dans la profession avec des valeurs d'engagement social. (TRUCHOT, 2003). [13]

Le choix de la profession médicale est parfois un moyen d'accéder à un statut ou à une situation socioprofessionnelle stable et favorable, ou d'assurer une source de revenus suffisants.

D'après FARBER (2000) [12], les individus ne sont plus atteints par la forme traditionnelle du burn out qui associait des attentes élevées, des buts socialement significatifs, se heurtant à la résistance d'un environnement. Aujourd'hui les individus doivent faire face à un environnement changeant avec une accentuation de pressions externes, une multitude d'obligations, des exigences croissantes, une limitation dans les actions, un pouvoir décisionnel moindre.

Le burn out est multiforme. Pour exemple, des degrés élevés de burn out ont été retrouvés à la fois chez des médecins qui jugent trop fort leur investissement auprès des patients mais également chez les médecins qui jugent leur investissement trop faible. (TRUCHOT, 2001, 2004). [14,15] **Le burnout ne peut pas être considéré sous une forme unique.**

2- DEFINITION du CONCEPT

1 - Les Intérêts d'une définition

Les termes « épuisement professionnel » et « burn out » suggèrent et permettent de comprendre le sens du syndrome.

L'intérêt porté au concept ainsi que la diffusion du terme de « burnout » au niveau international, montrent à quel point il est vécu et ressenti par les professionnels.

Pourtant ce constat ne suffit pas à donner au syndrome sa spécificité ni à lui conférer une valeur scientifique.

□ Une DEFINITION pour EVITER la Confusion :

Le risque de confusion peut être aussi grand que l'engouement que ce terme soulève.

Les principaux risques de confusion sont :

✓ Faire du Syndrome d'Épuisement professionnel un « fourre-tout » dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles et/ou corporatistes.

✓ Méconnaître de réelles pathologies psychiatriques qui prendraient le masque du burnout.

✓ Confondre l'EP et l'Insatisfaction au travail alors qu'il est important de les distinguer en Psychopathologie du Travail.

□ Le Burn out : Un Enjeu économique considérable.

L'importance du phénomène au sein des professionnels de santé permet d'extrapoler l'incidence de l'épuisement professionnel sur les soins et les conséquences socio-économiques et financières, et d'imaginer son impact à défaut de pouvoir l'évaluer.

2 - Les termes utilisés

Actuellement, 3 expressions, à tonalité différente sont utilisées au niveau mondial pour nommer le syndrome :

- Burn out syndrome

Le verbe *to burn out* peut signifier : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop forte d'énergie, de forces, de ressources. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu.

L'image inspirée de l'industrie aérospatiale demeure la plus évocatrice : le terme de « burnout » désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine.

- Karoshi

C'est le terme japonais. C'est un terme à connotation violente qui signifie « mort par excès au travail » (**Karo** = mort, **shi** = fatigue au travail).

Ce terme reflète la culture japonaise, gouvernée par la notion du bien collectif avec pour le salarié, la notion de sacrifice de soi élevé, pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise.

Il s'agit de 'Vivre et mourir' pour l'entreprise, tant la pression, le souci d'excellence, le profit et la rentabilité dominant.

Ce terme s'éloigne de la relation d'aide et de son usure pour davantage prendre en compte les conséquences, parfois mortelles, des conditions de travail.

- **Syndrome d'Épuisement Professionnel (SEP)**

C'est le terme utilisé et qui s'est imposé en langue française malgré les critiques : terme vague, semblant couvrir tous les effets du travail sur l'individu, qui n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé de burnout.

NB. Usure professionnelle ou au travail sont également utilisés et mettent l'accent sur la notion d'évolutivité et de progression du phénomène.

3 - Les définitions

Les définitions ont été multiples et variées.

- En 1974, Herbert J. FREUDENBERGER propose une première définition du burnout : « *L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué.* » [2]
- En 1976, MASLACH décrit l'épuisement professionnel des relations d'aide comme : « *Une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail.* » [4]
- En 1980, FREUDENBERGER et RICHELSON mettent l'accent sur « *un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable* ». [3]

FREUDENBERGER présente l'épuisement professionnel comme un *processus évolutif* ; notion importante également décrite par CHERNISS. Alors que PINES, définit le SEPS comme un état.

Ce qu'il faut retenir de ces nombreuses définitions :

- *Le burn out a une dimension physique et psychique*
- *Sa symptomatologie n'a rien de spécifique*
- *C'est une expérience psychique négative vécue dont les composantes sont : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation et la perte du sentiment d'accomplissement personnel.*
- *Il persiste à ce jour des points de divergence: Est-ce un état ou un processus ?*

C'est la description de Maslach et Jackson qui sera retenue. Ces chercheurs en Psychologie ont également élaboré l'outil de mesure : le MBI. C'est actuellement l'échelle de référence. Le MBI est utilisé dans le monde entier.

Ce sont MASLACH et JACKSON qui vont marquer un véritable tournant dans l'analyse du concept et l'étude du burnout.

4 - CLINIQUE : les Signes Cliniques non spécifiques

√ Sur le plan physique :

Les signes sont totalement aspécifiques, multiples et variés tels qu'une fatigue, une lassitude, des troubles du sommeil, des céphalées, des troubles digestifs, des infections bénignes répétées ou prolongées ...

A noter, que les troubles du comportement alimentaire sont fréquents et de nature diverse : une aberration dans les horaires, les rythmes, les régimes, des variations pondérales importantes, des alternances anorexie/boulimie.

√ Sur le plan psychique :

Ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet telles qu'une irritabilité trop importante, une sensibilité accrue aux frustrations ; une labilité émotionnelle marquée, reflet d'une surcharge émotionnelle ; une méfiance, une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance.

√ Sur le plan comportemental :

On note l'installation d'attitudes dites défensives : une rigidité, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives, pessimistes. On constate un pseudo-activisme : le sujet passe encore plus de temps sur son lieu de travail alors que, sans s'en rendre compte son efficacité ne fait que décliner.

L'évolution se fait vers un état de fatigue qui se chronicise et qui s'accroît avec le temps. Le sujet peut alors être amené à faire usage d'alcool ou recourir à l'automédication, de psychotropes en particulier, pour « tenir le coup ». Le cercle devient vicieux : l'état de fatigue s'aggrave, l'efficacité et la rigueur régressent. Pourtant le sujet ne cesse de multiplier ses efforts pour tenir son poste.

Et parfois, il ne parvient paradoxalement plus à quitter son travail, pourtant source de sa souffrance, réalisant un tableau d'acharnement au travail. Ce comportement pathologique est marqué par un présentisme anormal au travail.

D'autres réactions sont possibles face à cet état d'épuisement : un désir de changement, parfois radical, voire un évitement, une fuite du travail qui devient intolérable. On observe alors un absentéisme progressif, répété et aggravant.

L'absence de spécificité dans la présentation clinique est à l'origine des difficultés diagnostiques.

Et peu d'éléments distinguent le burn out de la pathologie liée au stress.

Ce tableau peut facilement être confondu avec le stade précoce d'un trouble psychiatrique tel qu'un trouble anxieux, anxiodépressif, dépressif ou névrotique.

Par ailleurs, pour les collègues, le sujet présente un état d'aspect dépressif débutant.

5 - La Description du Syndrome

Le Syndrome aux contours flous va se dessiner et se définir en même temps que s'élabore l'instrument de mesure principal, qu'est le MBI.

Les Intérêts de la définition de ce syndrome sont les suivants :

- Perspectives d'évaluation
- Compréhension psycho dynamique
- Approche thérapeutique

Les 3 dimensions fondamentales du syndrome :

- **L'ÉPUISEMENT EMOTIONNEL (EE)**
- **La DEPERSONNALISATION (DP)**
ou DESHUMANISATION de la relation à l'autre
- **La PERTE de l'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL (AP)**

Les DIMENSIONS du MBI

L'Épuisement Emotionnel (EE)

Intérieurement, l'épuisement va se manifester par un sentiment de « vide », une fatigue inhabituelle et affective au travail, une difficulté à être en contact avec les émotions de l'autre.

Un seuil de saturation émotionnelle est atteint et il n'y a plus de place pour une émotion nouvelle.

A la différence des autres formes de fatigue, celle-ci n'est pas ou est peu améliorée par le repos, avec l'absence d'effets bénéfiques des congés.

Extérieurement, on observe des explosions émotionnelles (colère, larmes) mais aussi un refus d'agir ou de répondre et ce quelle que soit la demande.

A cet état s'associe souvent une incapacité à exprimer toute émotion. Il s'agit d'un renforcement d'une conduite courante dans la tradition médicale : l'expression de ses sentiments perçue comme une faiblesse.

Et paradoxalement, cet épuisement émotionnel peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un contrôle et d'une maîtrise absolue des émotions.

John Wayne Syndrome : à l'image du célèbre acteur dans son rôle de cow-boy, **le soignant devenu impassible est capable d'assumer et d'affronter toutes les souffrances humaines sans ciller.** Ce Syndrome est retrouvé dans la littérature américaine pour décrire l'état d'hyper contrôle émotionnel associé à la déshumanisation

<p>La Dépersonnalisation (DP) OU la Déshumanisation de la relation à l'autre</p>	<p>de la relation à l'autre.</p> <p>C'est le noyau dur du syndrome. Ce critère est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet que comme une personne. L'objet peut être un cas, un numéro de chambre, un nom de maladie, voire un organe. L'individu est en quelque sorte réifié.</p> <p>Il s'agit là d'une véritable mise à distance de l'autre.</p> <p>Et cette distanciation par rapport à l'autre est en fait un mode de protection de soi, et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. Cet état s'installe progressivement, lentement, de manière insidieuse à l'insu du soignant et malgré lui. Par contre, il en est conscient et la dépersonnalisation est ressentie souvent douloureusement et vécue comme une forme d'échec personnel.</p>
<p>La Perte de l'Accomplissement Personnel (AP)</p>	<p>Cette dimension du MBI constitue la conséquence des autres dimensions. Elle s'exprime par un sentiment d'inefficacité, d'incapacité d'aider l'autre, de frustration dans son travail. En d'autres termes, le sentiment de ne plus faire du « bon travail ». La relation à l'autre est (ou était) le fondement du travail du soignant, et la motivation principale de son choix professionnel et personnel. La prise de conscience de cette distanciation va être vécue comme un échec. Le sujet ne se sent plus à la hauteur, doute de ses compétences dans l'approche de l'autre et surviennent alors des sentiments de dévalorisation, de culpabilité et de démotivation. Les conséquences sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des attitudes de fuite : absentéisme motivé ou non, abandon du travail, manque de rigueur. Le plus souvent, on observe un désinvestissement au travail car assumer son poste quotidiennement devient de plus en plus difficile. C'est une attitude fréquemment retrouvée chez les infirmiers et aides soignants. - A l'inverse, un surinvestissement dans l'activité professionnelle a également été observé, et typiquement retrouvé chez les cadres supérieurs et les médecins seniors, avec une impossibilité de quitter son lieu de travail. On parle de « présentéisme » excessif et inefficace.

--	--

Le Syndrome de burnout est aujourd'hui, comme nous l'avons vu étendu, à toutes les professions. Néanmoins, il affecte tout particulièrement les professionnels de l'aide. En effet, si pour tous les professionnels, les composantes EE et la perte de l'AP sont retrouvées, c'est uniquement dans les professions de l'aide que la dépersonnalisation (DP) retentit fortement car la relation à l'autre est à la base de la profession.

Le retentissement de la dépersonnalisation est plus grave encore lorsqu'il s'agit d'un Soignant face à un Patient, un Etre malade, en souffrance ou vulnérable de part son état physique ou psychique, dépendant du professionnel.

Les conséquences sur la prise en charge du patient sont inévitables. Cette atteinte est également une source de souffrance pour le Soignant car la relation à l'autre constitue le sens du travail de l'individu qui en a fait le choix.

En Psychiatrie, cette déshumanisation de la relation, ne serait-elle pas plus grave encore ? Le fondement de la profession étant l'échange, comment est-il possible de concevoir une prise en charge psychiatrique alors que la relation à l'autre est atteinte en profondeur ?

3- Les LIMITES du SYNDROME et **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

La critique principale, encore à ce jour, c'est que le syndrome de burnout manque d'homogénéité et d'unité.

Les Psychiatres dénoncent une symptomatologie non spécifique, pouvant recouvrir plusieurs champs diagnostiques tels que : troubles de l'adaptation, troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles psychosomatiques, voire troubles de la personnalité de type névrotique.

Les questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans ce chapitre sont les suivantes :

- Comment se situe le syndrome de burnout dans le cadre de la Psychopathologie du travail ?
- **Quelles sont les relations entre stress et burnout ?**
En quoi le burnout se différencie-t-il des autres pathologies dues au stress ?
- **Enfin comment distingue-t-on le burnout des affections psychiatriques ?**
Est-ce que le burnout mérite d'être une nouvelle catégorie diagnostique de trouble mental ?

1/ EP et Psychopathologie du Travail

La psychopathologie du travail est « l'étude du rapport psychique de l'homme au travail » (C.DEJOURS, 1982). [16] C'est la branche de la psychologie qui a pour objet l'étude des processus psychiques pathologiques dans le rapport du psychisme au travail. La psychopathologie du travail analyse l'organisation du travail. Elle identifie les changements nécessaires à l'harmonisation de l'organisation du travail

avec les aspirations professionnelles de l'individu.

Il existe différentes approches de la psychopathologie au travail.

■ L'approche sociologique :

Ce sont essentiellement les conflits sociaux au travail (lutte des classes, rapports de pouvoir) qui sont à l'origine de la pathologie.

■ L'approche psychiatrique :

En Psychiatrie, le travail a un double impact sur la santé mentale : source de souffrance ou facteur d'équilibre.

Le travail peut être révélateur de la pathologie mentale ou être la source d'un trouble de l'adaptation. Mais le travail est également un moyen thérapeutique en psychiatrie permettant : la réinsertion sociale, la réadaptation du malade par le biais de la revalorisation narcissique et le renforcement de l'estime de soi. Dans les institutions, l'ergothérapie a par ailleurs de très larges indications.

■ L'approche psychanalytique :

Le travail n'est pas responsable de la souffrance psychique mais n'est que le révélateur d'une faille sous-jacente préexistante depuis les premières années de vie.

La Psychanalyse aborde le burnout comme une blessure narcissique profonde (ANDLAUER) [17]. Le choix de la profession médicale ou de la profession d'aide au sens large, pourrait-être sous-tendu par **un mécanisme de défense : l'altruisme, c'est à dire le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit.** L'altruisme peut être un mode particulier de la formation réactionnelle, qui permet d'éviter l'agressivité ou l'hostilité refoulées. L'altruisme peut être une jouissance par procuration : le sujet aide les autres à obtenir un plaisir qu'il se refuse à lui-même, et en retire une satisfaction grâce à son identification aux personnes aidées. L'altruisme peut être aussi une manifestation du masochisme et le sujet recherche alors les sacrifices liés à l'altruisme.

Dans l'approche psychanalytique, l'idéal du sujet serait mis à mal par la réalité professionnelle, et le burnout serait dû à l'échec ou à la rigidification des mécanismes de défense.

A noter que pour C.DEJOURS, « le radicalisme psychanalytique » disqualifie la psychopathologie du travail.

■ L'approche pavlovienne :

C'est l'étude des stéréotypes comportementaux de « contamination » de la vie personnelle par des automatismes du travail.

Pour illustrer cette approche, nous pouvons nous souvenir de Charlie Chaplin dans le film « Les Temps Modernes » dans lequel le célèbre acteur tente de dévisser 2 énormes boutons noirs de tailleur d'une dame forte, poursuivant les gestes stéréotypés qu'il faisait sur la chaîne de montage de boulons sur laquelle il travaillait quelques minutes auparavant.

■ L'approche par la théorie du stress :

Le stress occupe une place centrale en psychopathologie du travail et il est un facteur primordial dans la genèse de l'épuisement professionnel. De ce fait, un sous-chapitre entier sera consacré à l'EP et STRESS (cf. chapitre suivant).

En résumé, le burnout apporte une dimension particulière à la psychopathologie au travail. Et inversement les différentes approches servent à la compréhension des

facteurs qui interviennent dans le burnout.

2/ EP et STRESS

Les définitions du burnout font souvent référence au stress.

Burnout et Stress : y a-t-il continuité ou distinction entre ces deux phénomènes ?

En 1996, SCHAUFELI et BUUNK [18] proposent la différenciation suivante :

- Le STRESS est un terme qui se réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des signes mentaux et physiques.
- En contraste, le BURN OUT peut être considéré comme un stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre entre exigences et ressources, et ainsi d'un stress professionnel prolongé.

Aujourd'hui pour d'autres auteurs comme COOPER, le burn out est l'aboutissement d'un stress persistant. [19]

Avant l'apparition du concept de burnout, la souffrance au travail était appréhendée à travers le stress. Dans le monde professionnel, stress et burnout renvoient souvent aux mêmes causes : l'écart entre les exigences d'une situation et la capacité d'y répondre, d'y faire face. Mais...

- **Le burnout dépasse la notion de stress** car il ne se limite pas aux réactions de tension de l'individu mais il intègre à la fois des aspects sociaux et auto-évaluatifs.
- **Le stress est le résultat d'une tension passagère, le burnout de tensions continues, soutenues, durables.**
- **Le burnout, contrairement au stress, s'applique spécifiquement au travail.**

Parmi ces nombreuses conceptions du stress, 2 modèles ont très fortement contribué aux recherches sur le burnout et restent à ce jour les références dans le domaine de l'épuisement professionnel. **Ce sont le Modèle Transactionnel et la Théorie de Conservation des Ressources.**

Nous allons tout d'abord définir le stress, puis exposer les différentes conceptions et modèles explicatifs du stress dont les recherches sur le burnout se sont inspirées.

√ **Le STRESS**

C'est Hans SELYE, médecin canadien d'origine hongroise qui va utiliser pour la première fois le mot stress en 1946 et diffuser le concept au niveau mondial.

Ce terme, emprunté à la physique, désigne une contrainte exercée sur un matériau. Le matériau est capable de résister jusqu'à un certain degré aux contraintes qu'on lui impose mais lorsque la contrainte est excessive et dépasse un seuil, alors il y a risque de déformation voire de rupture [20].

Le mot « stress » vient du latin *stringere* : le verbe tendre.

En anglais, *distress* (détresse) est le terme utilisé pour signifier : malheur, difficulté,

adversité, affliction.

L'immense célébrité du mot a permis une diffusion mondiale mais en créant une **confusion de significations liée à un usage trop courant** qualifiant à la fois plusieurs notions :

- A tort, le stress peut recouvrir tous **les facteurs de stress de la vie courante** (du bruit jusqu'aux conditions de travail).
- Le stress recouvre également **les manifestations pathologiques qui apparaissent lorsque les capacités de réponses ou d'adaptation de l'individu sont dépassées.**
- Mais le stress peut aussi qualifier **les réactions normales d'adaptation de l'être vivant à un stimulus.**

Selon SELYE, le stress (ou Syndrome général d'adaptation) est une réponse, constituée par l'ensemble des réactions physiologiques de l'organisme destinée à rétablir l'équilibre face à un agent agresseur et face aux stimuli de la vie au sens large [20].

✓ **Les CONCEPTIONS du STRESS**

Les conceptions théoriques du stress sont basées sur un modèle linéaire : le Modèle Stimuli / Réponse. Progressivement ce modèle linéaire va être abandonné et substitué par un modèle transactionnel. Ce sont les conceptions psychologiques du stress. Elles sont plus adaptées au burnout car elles intègrent l'individu, son environnement et l'interaction entre les deux.

■ **Les CONCEPTIONS THEORIQUES du STRESS : les modèles « Stimuli / Réponse »**

Ce sont des modèles linéaires qui constituent la conception initiale du stress.

1- DEF du Stress basée sur le STIMULUS :

C'est ce qui arrive à l'individu et non pas ce qui se passe en lui.

Source du modèle : les travaux sur l'élasticité des métaux.

L'application d'une contrainte, d'une force va distordre le métal, et si la force est suffisamment importante, le métal ne va plus pouvoir retrouver sa forme initiale : *la limite d'élasticité.*

Appliqué au stress : le stress produit une tension réversible mais au-delà d'un seuil, la tolérance à la tension est dépassée et surviennent alors les effets pathologiques.

2- DEF du Stress basée sur la REPONSE : le Stress comme réaction physiologique.

- *CANNON (1929)* :

Le stress n'est pas le stimulus qui provoque une tension mais, à l'opposé : c'est la REPONSE à un stimulus. Face à une menace, un ensemble de réactions physiologiques préparent l'organisme à l'action : à combattre ou à fuir. C'est le « *fight or flight syndrom* ». [21]

Le stress est une rupture de l'état physiologique normal, une perturbation de l'homéostasie.

- *SELYE (1956)* prolonge la conception de *CANNON* par la Théorie du Syndrome Général d'Adaptation. [22] Quel que soit l'agent stressueur, l'organisme donne toujours une réponse physiologique unique destinée à retrouver l'état d'équilibre.

La principale limite de ces modèles théoriques est l'oubli des variables psychosociales. Ils ne tiennent pas compte du contexte, ni des différences individuelles ou culturelles et ignorent les processus psycho-sociaux. Ce ne sont pas des modèles adaptés au stress psychosocial ou au burnout.

■ Les MODELES PSYCHOLOGIQUES du STRESS : Les Modèles TRANSACTIONNELS

Dans les modèles transactionnels, le stress réside dans une interaction dynamique entre l'individu et son environnement.

Pendant les années 60, les Psychologues vont tenter de répondre à la question suivante : Pourquoi face à un même agent stressueur, deux individus vont-ils répondre différemment ?

La prise en considération de la dimension psychique montre que les réponses physiologiques au stress ne sont pas stéréotypées. Ces réponses dépendent de plusieurs facteurs :

- de l'aspect nouveau, inconnu de la situation
- de l'appréhension (inquiétude) de la situation
- de la possibilité de contrôler et de maîtriser la situation
- de la capacité d'anticipation et de prévoir l'évolution des événements

La conception actuelle du stress est un phénomène bio-psycho-social. Et ce sont les modèles transactionnels qui dominent encore à ce jour les conceptions actuelles. Ce sont ces modèles qui ont inspiré les travaux sur le burnout.

EPICURE : « Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements que les hommes portent sur elles. »

Nous allons voir successivement, les modèles qui ont été ou qui sont utilisés pour expliquer le mécanisme du burnout. Ils sont inspirés des conceptions sur le stress.

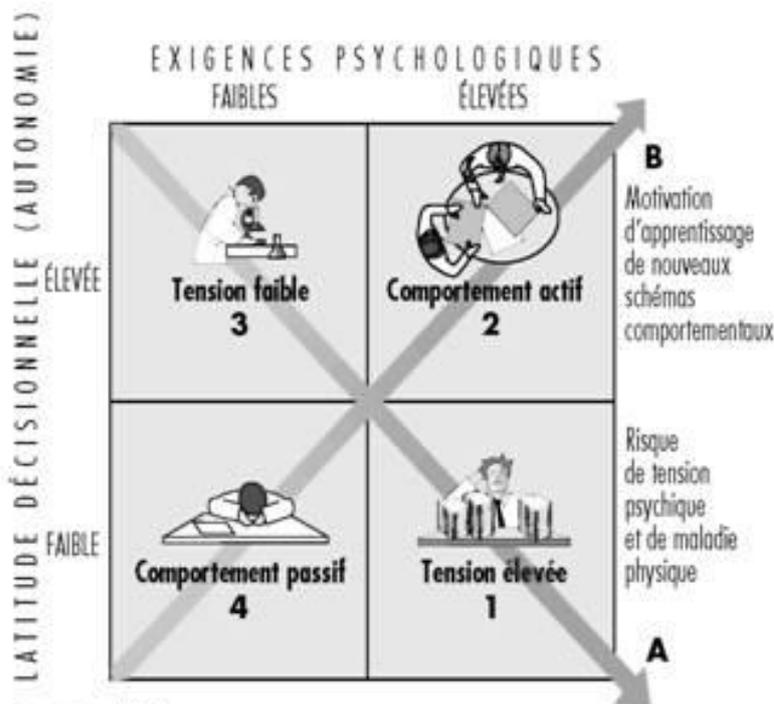
✓ Le Modèle de **KARASEK (1979)** : Le Modèle EXIGENCES / CONTROLE

Selon **KARASEK**, la détérioration de la santé au travail n'est pas directement fonction de l'accroissement des exigences. Elle dépend du **degré de contrôle que**

l'individu exerce sur son activité, autrement dit de sa latitude de décision. KARASEK a élaboré un outil valide et reconnu comme l'un des principaux outils d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail. [23]

Cet outil évalue 2 dimensions :

- **La demande psychologique.** Elle fait référence à la quantité de travail à accomplir, aux exigences mentales et aux contraintes de temps.
- **La latitude décisionnelle (ou degré de contrôle de la situation)** qui se décline d'une part en accomplissement de soi au travail et d'autre part en autonomie décisionnelle.

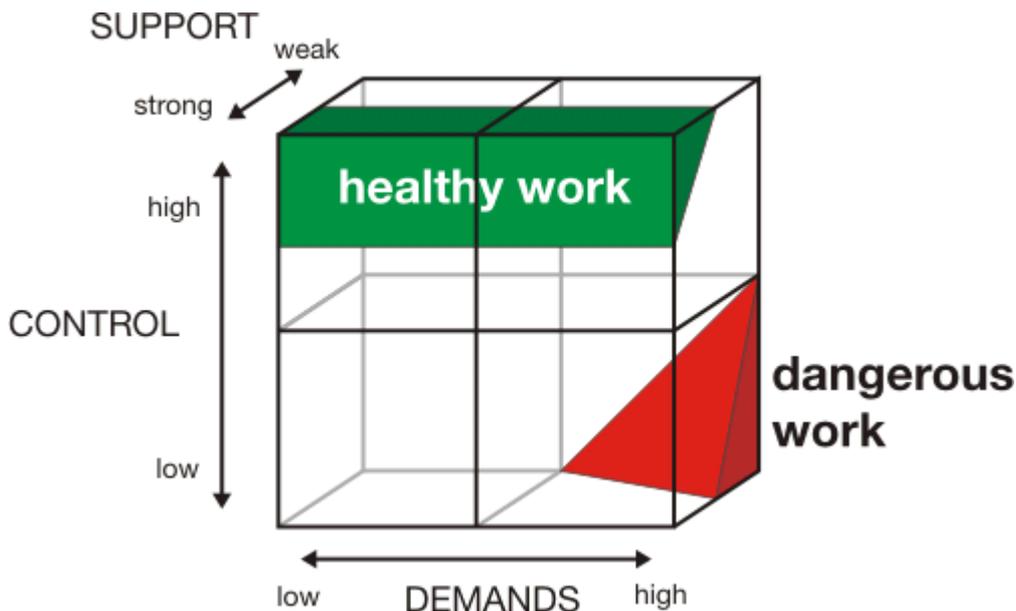


Source: Karasek, 1979.

Modèle de Stress au Travail à 2 axes, de KARASEK et THEORELL (1990). [24]

Selon KARASEK, les risques sont d'autant plus élevés que la demande psychologique est forte ET que la latitude décisionnelle est faible. Il affina plus tard son modèle en le rendant tridimensionnel, en ajoutant un 3^{ème} axe : le soutien social. Le soutien social correspond au soutien socio-affectif et transactionnel des relations avec la hiérarchie et les collègues.

Pour KARASEK : la situation professionnelle est considérée comme favorable pour l'individu en cas de soutien fort associé à un bon contrôle de la situation.



Modèle de Stress au travail à 3 axes, KARASEK et THEORELL(1990) [24]

✓ Le modèle de SIEGRIST : la théorie de la motivation et de la valeur des attentes.

Le modèle postule que le rôle du travail définit un lien essentiel entre les fonctions d'autorégulation (telles l'estime de soi et l'efficacité) et la structure sociale.

Le statut professionnel est associé à des possibilités de contribution, d'accomplissement, de récompenses, d'estime mais également au fait d'appartenir à un groupe social significatif.

C'est une approche causaliste reposant sur la dissonance entre **les efforts fournis et les récompenses obtenues en retour.** [25]

Ainsi les effets bénéfiques au travail sont contingents à un prérequis fondamental de l'échange dans la vie sociale : **la réciprocité.**

L'effort extrinsèque est lié aux exigences de travail.

L'effort intrinsèque, ou surinvestissement traduit les attitudes et les motivations liées à un engagement excessif dans le travail. Cet engagement, peut être en rapport avec le sens du devoir, un besoin inné de se dépasser ou encore avec l'expérience auto-gratifiante de relever des défis ou de contrôler une situation menaçante. Il semble que ce surinvestissement permette aux individus de dépenser des coûts élevés en termes de mobilisation pour des gains moindres.

Les récompenses sont de 3 formes :

- Le Salaire
- L'Estime, le respect et le soutien
- Le Contrôle du statut : sécurité de l'emploi et opportunités de carrière.

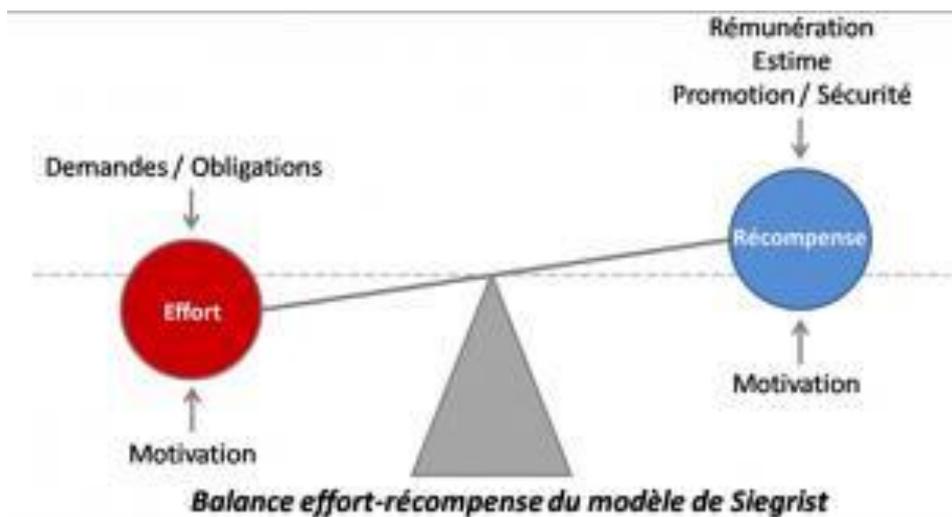


Schéma du Modèle Effort-Récompense de SIEGRIST (1996) [25]

Pour SIEGRIST, les risques relatifs à un déséquilibre Efforts/Récompenses sont une baisse de l'efficacité et l'épuisement professionnel.

✓ Le Modèle transactionnel de CHERNISS (1980)

Les modèles de CHERNISS et PINES ont été développés dans le premier chapitre (Historique). Pour rappel, CHERNISS va concevoir le burnout comme un processus évolutif dans lequel interagissent l'individu et l'environnement. [7]

Ce processus évolue en étapes :

- Perception du stress, suite à un déséquilibre entre exigences du travail et ressources de l'individu.
- La tension (« strain ») : c'est la réponse émotionnelle au déséquilibre qui s'exprime par une fatigue physique, un épuisement émotionnel, une tension et de l'anxiété.
- La dernière étape est marquée par des changements d'attitude et de comportement. A ce stade, on note une réduction des buts initiaux et de l'idéalisme, le développement d'attitudes détachées et d'un cynisme, ou encore une grande complaisance pour ses propres besoins.

CHERNISS considère que le fait d'avoir peu de ressources et d'importantes exigences au travail favorise l'épuisement émotionnel (EE) et la dépersonnalisation (DP). Les ressources ont un effet tampon sur le stress engendré par les exigences au travail.

✓ Le Modèle de PINES (1982): l'approche motivationnelle

Comme nous l'avons vu précédemment, PINES aborde le burnout avec une perspective motivationnelle. [8] Le travail représente une quête existentielle. Elle affirme que le burnout apparaît lorsque l'individu a le sentiment d'avoir perdu la capacité à retrouver un sens à son travail.

Pour PINES, la raison pour laquelle survient le burnout est plus profonde que l'incapacité d'utiliser ses compétences. La raison profonde est la privation de la signification que l'individu recherche dans son travail, elle-même liée à l'écart entre les attentes, les motivations et la réalité.

✓ Le Modèle TRANSACTIONNEL de Référence : le Paradigme de LAZARUS et FOLKMAN (1984)

Les recherches actuelles sur le stress et le burnout sont très nettement influencées par le modèle de LAZARUS et FOLKMAN. [26]

« Un évènement n'est stressant que si l'individu l'évalue comme tel » Richard LAZARUS (1995) [27]

C'est le concept de l'EVALUATION COGNITIVE.

L'individu ne répond pas passivement au monde extérieur. Il l'évalue et réagit en fonction de cette analyse.

La notion d'évolutivité est associée et importante : au fur et à mesure que la relation « Situation/Individu » progresse, cette évaluation de la situation évoluera.

En 1984, LAZARUS et FOLKMAN [26] proposent une définition du Stress. Selon ces auteurs : « *Le Stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement. Cette relation est évaluée par la personne comme éreintante ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être* ».

Ils considèrent qu'il y a 2 évaluations :

- Une évaluation primaire : c'est l'**appréciation de la situation**
- Une évaluation secondaire : c'est une **évaluation de ce qui peut être entrepris pour faire face à la menace.**

Un élément important, c'est que **la pertinence et l'efficacité des réactions potentielles sont également intégrées dans l'analyse.**

Le résultat de ces évaluations déterminera la réponse face au stress.

La nature de l'évaluation influence le choix de la stratégie adoptée face à l'évènement. L'évaluation médiatise la façon d'y faire face : c'est le Coping.

Le COPING (*to cope with : faire face à*)

La recherche sur le burnout intègre souvent ce processus dans les modèles théoriques.

Pour FOLKMAN, le COPING représente « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux de la personne pour réduire, minimiser ou tolérer les exigences internes et externes de la transaction Personne/Environnement évaluée comme éreintante ou dépassant les ressources de la personne »

Il existe 2 types de Coping :

- Le Coping ACTIF : Ce sont les stratégies centrées sur le problème. Ce sont tous les efforts, l'énergie déployée, l'acquisition de nouvelles compétences pour modifier la situation et l'adoption de nouveaux comportements.
- Le Coping d'ÉVITEMENT (Coping palliatif) : Ce sont les stratégies centrées sur les émotions. C'est la mise à distance, l'évitement et toutes les tentatives pour réguler ses réactions émotionnelles et se sentir mieux sans résoudre le problème

Pour LAZARUS, le Coping fait partie d'un processus transactionnel, initié en réponse aux évaluations primaire et secondaire et dépend tout autant de la situation que de l'individu :

Le coping est un processus changeant dans lequel une personne doit, à certains moments, faire davantage confiance à une forme de coping, disons des stratégies défensives, et à d'autres moments à des stratégies centrées sur le problème, au fur et à mesure que change le statut de la relation personne-environnement (LAZARUS et FOLKMAN, 1984) [26]

En d'autres termes, le coping consiste en efforts variés, qui peuvent changer au fur et à mesure qu'évolue la transaction.

L'individu va changer de stratégie en fonction de l'efficacité des stratégies adoptées jusqu'à présent.

Pour d'autres, le coping est une disposition stable et fonction de la personnalité de l'individu.

Nous pensons, comme LAZARUS, que le coping est un processus en constante évolution.

Dans une recherche programmée pour construire une échelle de coping (the *Way of Coping Checklist*), FOLKMAN et al. (1986) [28] identifient huit stratégies principales de coping. (Cf. **Annexe1**)

Dans ces principales stratégies, nous pouvons noter, que 2 sont centrées sur le problème, 5 sur l'émotion et 1 dernière à la fois sur le problème et l'émotion.

Le coping orienté sur le problème aura bien entendu plus de probabilités d'être choisi si la personne juge la situation maîtrisable. En revanche, le coping dirigé sur l'émotion sera davantage utilisé si l'évaluation amène à considérer que le stresser n'est pas modifiable.

Un résultat stable semble se confirmer lors des études : les stratégies centrées sur le problème sont plus efficaces que les stratégies d'évitement. Ces dernières peuvent être efficaces à certains moments mais leur mobilisation permanente devient un facteur de risque. La raison est évidente : quoi que fasse l'individu pour échapper à la situation, le problème demeure.

Stratégies de Coping et BURNOUT ?

Au Travail, l'importance du coping est considérable.

En 1991, LEITER va intégrer la notion de coping au processus de burnout auprès de 70 membres du personnel en hôpital psychiatrique. [29] Il va tester 2 stratégies de coping : le coping centré sur le problème d'une part et l'évitement-fuite d'autre part. Il va confronter ces stratégies aux dimensions du MBI. Les agents stressés de l'étude sont la charge de travail et les conflits interpersonnels.

Les résultats sont les suivants : les individus qui utilisent les stratégies pour faire face présentent moins d'épuisement émotionnel élevé et leur accomplissement personnel est plus fort. Le coping de contrôle est associé à un faible degré de burnout.

On trouve toutefois peu d'effets sur la dépersonnalisation.

Pour LEITER puisque ce coping évite l'émergence d'un épuisement émotionnel, il influence les capacités à endurer les événements stressants. Et en étant associé à un meilleur accomplissement, il renforce l'évaluation positive des actions entreprises et de leur efficacité.

Les stratégies d'évitement s'avèrent par contre inefficaces pour prévenir le burnout, même si l'on souligne qu'elles sont efficaces en l'absence de changement possible. Mais pour des professionnels de l'aide, en particulier des médecins, envisager que rien ne peut être fait (ou réagir comme si rien ne pouvait être fait) est sans doute en contradiction avec les valeurs qui les inspirent.

D'autres études confirmeront les résultats de LEITER, avec un effet associé sur la dimension «dépersonnalisation ». L'engagement diminue la DP, la fuite augmente la DP.

La LIMITE du Modèle de LAZARUS : C'est un modèle particulièrement individualisant. Il n'est pas possible de prédire le comportement en se basant sur des mécanismes qui dépendent exclusivement de l'individu. Il est fort probable que le coping dépende aussi de facteurs collectifs, culturels ou organisationnels ; et ce d'autant plus au travail : style de management, modes de gestion, support disponible... Le coping est déterminé en partie par l'Organisation du travail.

Aujourd'hui on aborde de plus en plus le coping, non pas en tant que processus réactif mais pro-actif.

Le COPING *pro-actif*

De plus en plus, l'intérêt est porté vers **ce qui peut être fait en amont de l'apparition du stress** à la différence du coping réactif qui s'amorce quand la menace est déjà présente et installée.

Le Coping pro-actif est une anticipation des facteurs de stress potentiels et de l'action pour les prévenir.

Pour GREENGLASS (2001), **le coping pro-actif suppose la mobilisation de ressources autant personnelles que sociales. [30]**

Il va différencier le coping pro-actif du coping classique réactif :

- Alors que le coping classique concerne des événements qui ont déjà eu lieu, le coping pro-actif est fait d'efforts destinés à bâtir des ressources qui facilitent l'atteinte d'objectifs, le développement et le bien-être personnel.
- Le coping réactif est tourné vers la gestion des risques, le coping pro-actif vers la gestion des buts
- Dans le coping pro-actif, les risques, les exigences, les opportunités à venir ne sont désormais plus des menaces mais des challenges. La motivation pour le coping pro-actif est positive. Les situations sont des défis intéressants à relever.

GREENGLASS va tester l'influence du coping pro-actif sur le burnout. Elle va prédire que si les individus peuvent se baser sur leurs propres ressources (capacités d'organiser et de planifier leurs stratégies de coping) pour faire face à la charge de travail, la perception d'équité au travail sera plus grande et le burnout sera moindre. Les résultats vont confirmer que le coping pro-actif favorise le sentiment d'équité au travail. Les personnes qui utilisent le coping pro-actif présentent moins de dépersonnalisation et une plus grande efficacité professionnelle.

A noter que pour GREENGLASS, ce coping est associé à la croyance du sujet en sa capacité de franchir les obstacles et à envisager le succès. Ce n'est pas ailleurs pas une variable stable et immuable mais en partie apprise. Ce qui sous entend qu'elle peut être renforcée. L'intérêt pratique en termes de prévention du burnout, c'est que l'organisation du travail peut favoriser l'émergence d'un coping pro-actif au sein des membres du personnel.

✓ **La THEORIE de la CONSERVATION des RESSOURCES**

La théorie de la conservation des ressources, élaborée par HOBFOLL en 1989, [31,32] présente une conception originale du stress. Elle sert de plus en plus de référence dans les recherches sur le burnout.

C'est une conception du stress moins individualisante que le modèle transactionnel de LAZARUS et FOLKMAN et une alternative à perspective plus sociale.

1- Protéger et développer ses ressources

Le postulat fondamental de la théorie :

Les individus sont motivés à obtenir, protéger et développer ce qu'ils valorisent, c'est-à-dire leurs ressources.

Face à un environnement changeant (changements aujourd'hui omniprésents) les individus dépendent de leurs ressources et de leur capacité à les mobiliser pour s'adapter aux conditions nouvelles.

Le stress provient du défaut d'ajustement entre les ressources psychologiques, sociales, économiques de la personne et les exigences de la situation.

La notion de déséquilibre individu/environnement est retrouvée mais sous un angle différent.

Les ressources sont multiples et de nature diverses.

En 1998, HOBFOLL va en énumérer 74 essentielles dans les pays occidentaux. [33]

Ces ressources peuvent être :

- des Objets : vêtements, moyen de transport, matériel pour travailler, appareils ménagers, bijoux, argent de côté...
- des Conditions : santé personnelle ou de ses proches, vie de couple heureuse, enfants, soutien social et amical, emploi stable, revenus suffisants,

- sécurité financière pour la retraite, assurance, mais aussi temps suffisant pour dormir...
- des Caractéristiques personnelles : sens de l'humour, optimisme, autodiscipline, qualifications, sentiment positif vis-à-vis de soi-même, estime de soi, fierté personnelle mais aussi avoir des objectifs dans la vie...
 - des Eléments qui favorisent le dynamisme : sentiment d'engagement, connaissances, reconnaissance, soutien de collègues, vigueur, endurance, capacités de communication, d'organisation...

Un point essentiel de la théorie : les ressources sont liées entre elles. Le gain ou la perte d'une ressource dans une catégorie retentira sur d'autres catégories. Principe du cercle vicieux ou vertueux.

Exemple. La perte d'un emploi : retentissement sur l'estime, le salaire, l'acquisition d'objets et d'éléments qui favorisent le dynamisme.

Pour HOBFOLL, le stress psychologique apparaît dans 3 cas :

- quand les ressources de l'individu sont menacées ;
- quand les ressources de l'individu sont effectivement perdues ;
- quand les individus investissent des ressources et ne reçoivent pas les retours anticipés. Et selon HOBFOLL, c'est essentiellement dans cette dernière situation que survient le burnout.

2- La primauté des pertes

C'est le premier principe de la théorie :

« La perte des ressources a un impact disproportionné comparativement au gain de ressources. »

En considérant des quantités égales de pertes et de gains, les premières ont un impact (négatif) plus fort comparativement à l'impact (positif) des secondes. Plus que les récompenses, ce sont les pertes, ou la crainte de voir ses ressources diminuer qui influencent le comportement.

Est-ce de l'abstraction sélective ? Oui, nous le pensons.

En 2001, HOBFOLL va citer plusieurs études qui accréditent ce principe de primauté de perte des ressources.

Appliqué au burnout, ce principe prédit que les relations difficiles avec les collègues, des évaluations négatives de la part des supérieurs, une surcharge de travail, auront plus de retentissement psychologique que la cohésion d'équipe, le soutien du supérieur ou la possibilité d'exercer et de développer ses compétences.

La méta-analyse réalisée par LEE et ASHFORTH en 1996 [34] accrédite également ce principe. Il distingue d'une part les exigences professionnelles (source de diminution ou perte de ressources) et d'autre part les éléments positifs de l'environnement professionnel (gains de ressources). Le résultat : 5 des 8 pertes contribuent à augmenter fortement l'EE, alors qu'un seul des 14 gains contribue à le diminuer dans les mêmes proportions.

Certes, il y a la primauté des pertes, mais les gains ne sont pour autant pas négligeables bien évidemment. Les gains réduisent la vulnérabilité des individus car ils diminuent la probabilité et l'impact des pertes.

Ensuite, un capital important de ressources protège également des pertes. Il permet de mettre à distance les événements stressants.

Enfin, les ressources agissent directement sur d'autres ressources.

Pour HOBFOLL, à la différence du concept de LAZARUS (qu'il considère comme un abord individuel et proximal du stress), les ressources sont observables objectivement et appréciées collectivement par l'individu et son entourage.

3- La nécessité d'investir ses ressources

Le second principe :

« Les individus doivent investir des ressources afin de se protéger de la perte et afin d'en acquérir des nouvelles »

La théorie de conservation des ressources est structurée par ces 2 principes et par 4 corollaires :

- 1- « Ceux qui ont de plus grandes ressources sont moins vulnérables face aux risques de pertes de ressources et plus capables d'orchestrer un gain de ressources. Inversement, ceux qui ont peu de ressources sont plus vulnérables face aux risques de perte et moins capables d'acquérir de nouvelles ressources. » (Pas de ressources suffisantes pour envisager de les investir car ce serait prendre le risque d'entamer les dernières réserves dont ils disposent).
- 2- « Non seulement ceux qui manquent de ressources sont vulnérables à la perte d'autres ressources, mais cette perte engendre d'autres pertes. »
- 3- « Ceux qui possèdent des ressources sont plus à même d'obtenir des gains. »
- 4- « Ceux qui manquent de ressources adopteront une position défensive pour conserver leurs ressources. »

Appliqué au burnout, ITO et BRIDGE vont, en 2003, confronter les ressources disponibles, les stratégies de coping utilisées et les tensions ressenties. [35] Les constats sont les suivants : les individus qui disposent de nombreuses ressources personnelles et sociales, vont choisir et utiliser davantage des stratégies de coping centrées sur le contrôle, c'est-à-dire destinées à changer la situation. Et ces ressources associées aux stratégies de coping diminuent l'épuisement émotionnel, et par ce fait le risque de burnout.

En Conclusion, les principales conceptions du stress dont se sont inspirées les recherches sur le burnout sont : le modèle transactionnel de LAZARUS et FOLKMAN et la théorie de conservation des ressources (TRC) de HOBFOLL. Le premier modèle est le cadre de référence à l'origine du COPING mais il a le défaut d'être trop individualisant.

La TCR a une perspective plus sociale. Cette théorie est de plus en plus utilisée dans les recherches sur le burnout. Elle prend davantage en compte des aspects collectifs et culturels ainsi que des conditions objectives de l'environnement.

3 / EP et Troubles Psychiatriques

A ce jour, les classifications psychiatriques internationales ne reconnaissent pas le burnout en tant qu'entité nosographique pathologique. Le SEP n'a pas été retenu par le DSM IV en tant que nouvelle catégorie diagnostique des troubles mentaux.

Les psychiatres dénoncent une symptomatologie non spécifique, pouvant recouvrir plusieurs champs diagnostiques tels que : les troubles de l'adaptation, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles psychosomatiques, voire troubles de la personnalité de type névrotique.

D'autres évoquent le risque de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques qui prendraient le masque d'un épuisement professionnel. A noter que le burnout peut se compliquer d'un réel trouble psychiatrique en particulier de dépression.

1 – Epuisement Professionnel et Dépression.

En l'état actuel de la recherche, les troubles dépressifs et le burnout semblent associés mais la nature de leur relation reste peu claire. Alors que les troubles dépressifs sont considérés comme un trouble mental, le burnout syndrome demeure quant à lui non intégré aux classifications internationales.

Lors de l'épuisement professionnel, il existe une véritable **symptomatologie dépressive**, en particulier consécutive à la diminution ou perte de l'AP.

Au sein du tableau clinique non spécifique, sont retrouvées des manifestations somatiques multiples, une irritabilité, des troubles du sommeil... qui peuvent également faire évoquer un syndrome dépressif.

Le syndrome d'épuisement professionnel peut également se compliquer et faire le lit d'une véritable dépression. [36,37]

Certains psychiatres ont tenté de réduire le burnout à une forme clinique de dépression.

MEIER évoque en 1984, l'existence d'un recouvrement partiel des échelles de burnout et des échelles de la dépression [38]. Il souligne que les sentiments de découragement et les ressentis négatifs ou pessimistes font partie des 2 syndromes. Cependant, l'étiologie ainsi que l'évolution dans le temps sont différents.

Sylvie TERRASSE, docteur en Psychologie à Bruxelles, a eu un Prix Poster au Congrès de l'Encéphale 2010 pour l'étude du lien entre burnout et syndrome dépressif [39]. Elle va comparer le MBI avec plusieurs échelles de dépression (dont l'échelle BDI de Beck) auprès de patients suivis à la Clinique du Stress à Bruxelles. Elle va confirmer l'existence d'un lien significatif entre syndrome de burnout, principalement l'EE et dépression : plus de 50% des patients atteints de burnout sévère présentent des symptômes dépressifs. Elle considère que la dépression peut être une complication du burnout (dont le dépistage est souhaitable au stade d'EP sévère) mais elle n'exclut pas la possibilité de considérer le burnout comme une forme de dépression.

Selon Pierre CANOUI, Psychiatre et Docteur en Ethique Médicale, l'épuisement professionnel se distingue bien de la dépression [40]:

- Sur un plan sémiologique, le sentiment de perte d'accomplissement couvre exclusivement le domaine professionnel.
Les symptômes dépressifs présentés restent le plus souvent localisés et limités au secteur professionnel. La symptomatologie n'envahit pas les autres domaines de la vie.
- **Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Et de manière générale, si l'on respecte de manière rigoureuse les critères du DSM, tous les critères nécessaires et suffisants au diagnostic positif de dépression, ne sont pas réunis en cas de burn out.**
- **Enfin l'épuisement professionnel survient la plupart du temps chez des sujets indemnes de tout trouble mental et sans antécédent psychiatrique notable.**
- CANOUI précise que lorsque le burnout se complique d'une véritable dépression, il n'est pas possible de parler de dépression réactionnelle car il n'y a pas de facteur déclenchant au sens strict, nettement identifié. La dépression est secondaire au burnout, lui-même le résultat d'un stress chronique.

2- EP et Troubles Anxieux

Tout comme la dépression, les troubles anxieux sont définis par des critères bien précis en psychiatrie.

Pourtant tout comme la dépression, les troubles anxieux présentent des zones de recouvrement et des similitudes avec le burnout.

Mais l'épuisement professionnel n'est pas une maladie mais un processus.

Il peut faire le lit d'un trouble anxieux et le stress peut générer de l'anxiété mais les mécanismes physiologiques et biochimiques sont différents.

Extrapolé au langage, stress et anxiété, sont des « *faux amis* », une ressemblance dans l'apparence mais le sens est différent.

3- EP et Somatisations

Les somatisations sont très fréquentes en cas d'épuisement professionnel. Elles sont également très souvent rencontrées en pratique courante en psychiatrie. Aucun de ces signes cliniques n'est spécifique.

Somatisation : ensemble de troubles représentés par des symptômes physiques multiples, variés, variables dans le temps, habituellement présents depuis des années, dont le bilan organique est négatif (aucune lésion objectivable). Ils ne sont pas volontaires et les motifs en sont inconscients.

A distinguer de la maladie psychosomatique : maladie somatique avec lésions dont l'évolution est sous la dépendance de facteurs psychologiques.

A la différence des somatisations en psychiatrie, il n'existe aucun trouble psychiatrique associé.

Et pour exemple : à la différence de l'hypochondriaque, l'« épuisé » ne craint pas d'être atteint par une maladie ; et à la différence du syndrome de conversion, il n'y a pas d'altération ou de perte d'une fonction physique.

Un autre argument en faveur : l'absence de tout antécédent psychiatrique personnel associé.

4- Le Syndrome d'Épuisement Professionnel: Un TROUBLE de l'ADAPTATION ?

Le SEP n'a pas été retenu par le DSM IV en tant que nouvelle catégorie diagnostique des troubles mentaux.

C'est un diagnostic d'élimination et rétrospectif car ce processus psychique peut masquer un véritable trouble psychiatrique qu'il ne faut pas sous-estimer et qui doit être exclu avant de pouvoir parler de burn out.

Selon H. GRANTHAM (1985) [41] :

« Soit le diagnostic (de burn out) est erroné, niant le plus souvent un syndrome psychopathologique susceptible de répondre à des mesures thérapeutiques adéquates. Soit le diagnostic est correct mais les moyens thérapeutiques ou les capacités d'intervention sont insuffisantes » pour le retenir en tant que catégorie diagnostique à part entière.

S'il fallait l'intégrer dans l'une des catégories du DSM IV, CANOUI considérerait le SEP comme un trouble de l'adaptation.

A noter que, dans la CIM 10, le « surmenage » est coté Z73.0 et que le « surmenage et mouvements épuisés ou répétés » est coté X50.

En RESUME ...*Le Syndrome d'Épuisement Professionnel (ou Burnout) n'est pas à ce jour identifié ni reconnu en tant qu'entité pathologique en Psychiatrie. Il reste considéré, de manière générale, non pas comme une pathologie mais comme un processus, un concept issu de l'évolution sociale qui reflète la problématique existentielle de notre époque.*

Les liens entre burnout et troubles psychiatriques ne sont toujours pas clairement définis et les avis sont controversés en particulier avec la dépression. Nous sommes toujours au stade d'hypothèses :

- *Entités séparées ? Et de ce fait diagnostics différentiels, avec le risque de méconnaître un trouble psychiatrique réel.*
- *Continuité ? Dépression complication du burnout et risque évolutif à un stade sévère d'épuisement professionnel.*
- *Ou burnout, une forme de dépression ?*

Le burnout se rapprocherait le plus d'un trouble de l'Adaptation.

Nous pensons, comme Pierre CANOUI, que le SEP est une entité bien distincte des troubles psychiatriques, mais qu'il est susceptible de se compliquer à un stade avancé, d'une réelle dépression. Il semble que des recherches soient nécessaires pour définir le trouble afin de le reconnaître et d'optimiser sa prise en charge. Considérer le burnout comme un trouble de l'adaptation est à notre sens réducteur car la « responsabilité » est renvoyée à l'individu et l'environnement professionnel est en quelque sorte « shunté ».

II – CONSEQUENCES du BURNOUT

✓ Les MANIFESTATIONS de l'Épuisement Professionnel

Certains auteurs emploient l'expression « symptômes du burnout » pour faire référence aux 3 dimensions du MBI. Mais comme SHIROM [42,43], nous pensons que la diminution ou la perte de l'accomplissement personnel est une conséquence des 2 autres dimensions.

Toutefois, pour SCHAUFELI et BUUNK [16], il n'est pas souhaitable de distinguer arbitrairement symptômes et conséquences, qui sont difficilement dissociables. Nous allons utiliser, comme ces auteurs le préconisent, le terme de « manifestations » pour parler à la fois des symptômes et des conséquences du burnout.

Les manifestations peuvent être physiques, émotionnelles, attitudinales et comportementales. Les dernières s'observent au niveau de l'individu, des interactions sociales et au niveau professionnel.

1-Les manifestations physiques

Le symptôme le plus typique, (et conséquence à la fois) est la fatigue [42].

La personne en burnout éprouve un sentiment de fatigue intense, d'épuisement, un sentiment d'être « vidée ».

Ce n'est pas une fatigue qu'il est possible d'éprouver transitoirement et qui disparaît avec le repos. Non, c'est une fatigue chronique. Et à la différence des moments de fatigue, celle-ci n'est pas ou peu améliorée par le sommeil, ni par le repos. Les congés ne sont classiquement pas bénéfiques.

Il semble que les individus atteints de burnout sévère, manifestent davantage des troubles de sommeil et une asthénie au réveil.

Les autres manifestations, que nous ne détaillerons plus, sont des troubles somatiques de nature multiple et variée mais totalement aspécifiques.

Un élément important justifie néanmoins une attention particulière en terme de conséquences sur le plan physique : il semblerait que le burnout expose à une élévation du risque cardiovasculaire [42,43] avec un risque relatif (RR) > 3 pour la cardiopathie ischémique en cas de burnout.

2- Les manifestations émotionnelles, attitudinales et comportementales

- Au niveau individuel

Si le burnout s'accompagne dans sa phase préliminaire, d'une hyperactivité, elle est en fait associée à une mauvaise hygiène de vie. Les individus qui sont atteints de burnout, manquent d'activité physique, ils ont très souvent des troubles du comportement alimentaire et pour compléter le tableau, ils ont des conduites addictives fréquentes. C'est une addiction de soutien et de compensation. Lors d'une étude menée par CATHEBRAS auprès des médecins généralistes en 2004 [44], a été démontré un lien statistiquement significatif entre l'épuisement émotionnel et la consommation d'alcool ainsi que les autres substances psychoactives. D'autres études confirment ces résultats.

Sur un plan émotionnel, l'individu atteint de burnout, tolère moins les frustrations, qui entraînent chez lui une irritabilité, une sensibilité exacerbée, ainsi qu'une agressivité accrue.

De manière générale, l'épuisement professionnel est à l'origine de troubles cognitifs et d'une diminution des ressources psychologiques : baisse de l'estime de soi, altération de l'humeur, anxiété [45,46].

- Au niveau de la vie privée

Le burnout, comme nous l'avons dit se limite initialement à la sphère professionnelle, ce qui le distingue à ce niveau d'un état dépressif débutant. Mais à un stade avancé, les effets du burnout installés débordent sur la sphère privée. D'après MASLACH [4,47], le burnout engendre des divorces, un isolement social et amical et se répercute sur l'éducation des enfants.

Nous pensons également, qu'un retentissement est indéniable et il nous paraît difficile, si ce n'est impossible de dissocier vie professionnelle / vie personnelle.

- Au niveau professionnel

Le burnout contribue à augmenter l'insatisfaction au travail [48] et diminue l'engagement [49].

Le burnout est à l'origine de la détérioration des relations entre collègues, mais aussi, et plus grave encore, d'une altération de la relation avec les patients, et en particulier une perte d'empathie.

Les médecins en burnout répondent moins bien aux questions des patients, ils appréhendent les responsabilités, ils n'intègrent plus l'avis du patient dans les démarches thérapeutiques et commettent des erreurs qu'il n'est pas possible d'attribuer à leur manque de connaissance ou d'expérience [50].

Prendre une décision devient très compliqué pour un individu épuisé émotionnellement.

D'après l'Etude de TRUCHOT en 2003 [13], les médecins généralistes qui ont un niveau d'EE élevé prennent des décisions moins coûteuses en temps, en énergie et en investissements futurs. Le phénomène est décuplé en présence de patients non compliants.

Par ailleurs, nous pouvons penser que la dépersonnalisation soit à l'origine de décisions plus impersonnelles, voire stigmatisantes. Ceci est peut-être d'autant plus vrai encore pour des patients en psychiatrie.

Les conséquences physiques et psychologiques retentissant tant au niveau professionnel que personnel montrent à quel point le burnout est destructeur. La spécificité et la gravité supplémentaire, dans le cas du soignant en général et du médecin en particulier, c'est que cet épuisement va retentir jusqu'au patient, dont la prise en charge s'en retrouve inéluctablement altérée.

Le burnout d'un médecin a une conséquence supplémentaire et particulièrement grave, qui le distingue de l'épuisement des autres professionnels : c'est la perte du sens de son travail, avec tout ce que cela implique.

✓ **Le SUICIDE des MEDECINS : LE STADE ULTIME du BURNOUT ?**

Nous avons intégré ce chapitre dans notre travail en raison de l'intérêt porté à ce sujet, en tant que médecin, en raison de l'étendue et de la gravité du constat mais aussi parce que nous pensons comme Dr. Yves LEOPOLD (principal investigateur sur l'Etude du Suicide des Médecins en France), qu'il est possible que le suicide soit le stade ultime de l'épuisement professionnel.

En France, la question de la mort d'un médecin, et d'autant plus du décès par suicide relève, encore aujourd'hui du domaine du secret, du tabou. La discrétion, particulièrement grande fait taire les constats. [51, 52]

Une certitude néanmoins :

Alors que l'état de santé ainsi que l'espérance de vie des médecins est supérieure à la population générale, il est maintenant admis que le taux de suicide est plus important chez les médecins que dans la population générale d'âge comparable. [53, 54, 55]

L'intérêt pour le suicide des médecins est récent et les études menées sur le sujet ne sont publiées que depuis peu. Les interprétations sont difficiles, parfois contradictoires mais les conclusions sont loin d'être marginales et un résultat inquiétant émerge de presque toutes les études : **le Médecin se suicide bien plus que le reste de la population générale.**

Pour illustrer ce fait, nous allons nous baser sur les données épidémiologiques générales, réaliser une synthèse des données sociodémographiques et professionnelles dont nous disposons pour tenter de comprendre quels sont ces médecins qui mettent un terme à leurs jours et émettre des hypothèses sur les raisons profondes de cette surexposition du suicide au sein de la population médicale.

1- Les ETUDES sur le SUICIDE de MEDECINS

Dans la littérature internationale, il existe de nombreuses études sur le suicide des médecins. En France, les études sont (encore trop) rares et à notre connaissance Yves LEOPOLD, Médecin généraliste (Conseiller de l'Ordre du Vaucluse et Président de la CARMF), est le seul à avoir réalisé une vaste Etude en

2003, à l'origine des données statistiques nationales sur le suicide des médecins français [51, 56, 57]

✓ Littérature internationale

En 1958, des chercheurs britanniques déterminent pour la première fois une surreprésentation de suicides dans la population médicale. Ce constat a été reçu avec « honte, embarras et mépris ».

Au 20^{ème} siècle, la presse américaine évoque une possible augmentation de suicides chez les médecins mais les études au décours ne montrent pas d'augmentation statistiquement significative. [51]

Ce n'est qu'à partir des années 70, que les auteurs vont s'intéresser de plus près au sujet.

En 1973, en Californie, ROSE et ROSOW [58] mettent en évidence un doublement du risque suicidaire des médecins par rapport au reste de la population générale. Ils lancent un signal d'alerte et demandent une sensibilisation au phénomène.

Entre les années 80 et 90, un bon nombre d'études se succèdent et confirment un taux de suicide plus important chez les médecins que dans la population générale. Une revue de littérature en Angleterre va recenser toutes les études internationales réalisées sur le sujet entre 1949 et 1983. [59, 60]

La presque totalité des études vont dans le même sens : les médecins se suicident bien plus que le reste de la population générale.

CARPENTER, lors d'une étude sur la mortalité des médecins hospitaliers en Grande Bretagne en 1997 [61], va conclure à un excès de mortalité par suicide chez les médecins femmes et une mortalité supérieure toutes causes confondues chez les médecins Psychiatres, dont le suicide RR : 1,46.

✓ Etats des lieux en France

En France, la seule Etude nationale sur les Suicide des Médecins a été menée par Yves LEOPOLD en 2003 [56] à la demande du Conseil de l'Ordre du Vaucluse devant ce constat alarmant : **11 suicides sur 22 décès de médecins généralistes actifs recensés sur ce département sur une période de 5 ans.**

A partir des données recueillies, le Docteur Yves LEOPOLD, médecin généraliste et coordinateur de l'AAPML (L'Association d'Aide Professionnelle des Médecins Libéraux), va recenser **sur 5 ans 69 suicides sur 492 décès**, au sein d'une population médicale de 42137 médecins actifs répartis sur 26 départements.

L'incidence du suicide sur ces données incomplètes mais sur un effectif très important est de 14% sur 5 ans (1998 -2003), tandis que le taux d'incidence du suicide dans la population générale était de 5,6% pour la population d'âge comparable (35 - 65 ans) en 1999 (5208 suicides sur 93346 décès), soit un risque relatif de 2,37.

ENQUETE Nationale sur le SUICIDE des MEDECINS, Dr. Yves LEOPOLD / CNOM (2003) [56]			
	<i>Nombre de Décès</i>	<i>Nombre de Suicides</i>	<i>Taux d'Incidence du SUICIDE</i>
VAUCLUSE	22	11	50%
Médecins actifs Effectif 42137 26 départements 5 ans (1998-2003)	492	69	14%
Population générale (35-65 ans) en 1999	93346	5208	5,6%
NORD	32	9	28,%

Il existe un certain nombre de biais :

- L'Etude n'est pas étendue à l'ensemble du pays
- Il existe une surreprésentation des départements ruraux (données plus exploitables) d'une part. Et il y a d'autre part, d'une sous représentation de grands départements tels que l'Île de France (identification incertaine des causes de décès, population générale partiellement inactive...)

Malgré ces biais, l'Etude du Dr. LEOPOLD confirme la surreprésentation du suicide des médecins en France.

Il a pu par ailleurs, **identifier des marqueurs de dépistage et de prévention [57, 62]** qui seront ultérieurement confirmés par les études internationales.

En effet, 80% des victimes avaient 3 marqueurs ou plus, 90% en avaient 2 et TOUS avaient au moins l'un de ces 6 marqueurs.

Marqueurs de Prévention du Risque de SUICIDE chez les Médecins selon Dr. LEOPOLD [57,62]	
Marqueurs	Fréquence
Le divorce ou la rupture affective	50%
La maladie physique ou psychique	25%
Les difficultés financières	33%
Les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaires	33%
Les conduites addictives	50%

A la suite de l'Etude, une cellule d'intervention spécifique a été mise en place à la demande du Conseil de l'Ordre du Vaucluse, à la charge de tous les médecins en vertu du droit d'ingérence confraternel pour intervenir dès l'émergence de 3 marqueurs de risque.

En 2004, STACK, obtient des taux de suicide 2,4 fois supérieurs chez les médecins que dans la population générale en âge de travailler. **[63]**

TORRE va souligner que les médecins ont un état de santé ainsi qu'une espérance de vie supérieure à la population générale mais que le taux de suicide est également supérieur à la population générale. **[55]**

En 2008, la CARMF et le CNOM vont mettre en place, un observatoire de décès des médecins libéraux. Un questionnaire est envoyé à chaque famille de médecin

décédé et il y est demandé de mentionner l'âge du décès ainsi que la cause : « accident, maladie ou suicide ». [62]

Actuellement, il y a eu 195 réponses, dont 16 suicides (8,2%), soit un RR de 1,8/ population générale.

✓ Tentatives de suicide et Idées suicidaires des Médecins

Il est important de noter que les tentatives de suicides sont à l'inverse, moins fréquentes chez les Médecins que dans la population générale.

Ce phénomène a été étudié par FRANCK et par SCHERNHAMMER et confirment des tentatives de suicide moins fréquentes dans la population médicale ainsi qu'un rapport suicide mortel / tentative de suicide non aboutie plus élevé. [53, 54]

Les Médecins ont également plus d'idées suicidaires.

2- Caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et comorbidités

✓ Le SEXE

Les résultats varient d'une étude à l'autre sauf pour un seul fait : **la vulnérabilité des femmes médecins**. Une certitude en effet, il existe toutes études confondues, une surreprésentation du suicide parmi les femmes médecins.

Dans une méta-analyse de 2004, SCHERNHAMMER [64], indique que le RR de suicide chez les médecins est multiplié par 1,41 pour les hommes et par 2,27 pour les femmes par rapport à la population générale.

En 2005, HAMPTON passe en revue les études réalisées sur 40 ans et retient un risque de suicide de 7 à 40 fois plus élevé pour les médecins par rapport au reste de la population générale. [65]

Dans la méta-analyse de LINDEMAN, les résultats sont concordants : les taux de suicide sont modérément élevés chez les hommes médecins et très élevés chez les femmes médecins. [66]

✓ L'AGE

Les résultats des différentes études sont divergents.

Certains auteurs situent l'âge moyen du suicide des médecins vers la cinquantaine avec une augmentation du taux de suicide avec l'âge. HAWTON (2001), retiendra un taux important de suicide chez les femmes médecins de moins de 35 ans. [67]

D'autres insistent sur un taux important de décès par suicide parmi les étudiants en médecine et les jeunes médecins.

✓ La SPECIALITE MEDICALE

De très nombreuses études ont été réalisées sur le Suicide de Médecins en fonction de la spécialité.

La question a été étudiée dès 1968 par BLANCHY et Al à partir d'une enquête sur 249 médecins. Cette étude révèle que **la Psychiatrie pourrait être la Spécialité Médicale la plus à risque de suicide. [68]**

Cette notion sera retrouvée plus tard dans d'autres études. [61, 67, 69]

D'autres Etudes ne montreront pas de différence statistiquement significatives ou

notent des taux significativement plus importants chez *les anesthésistes* [61], *les chirurgiens* et *les médecins généralistes*. [70]

Les spécialités médicales les plus représentées dans la littérature médicale du suicide sont : en premier lieu les Anesthésistes, en second lieu les Psychiatres, puis les Chirurgiens et les Médecins généralistes.

En Angleterre et au Pays de Galles, HAWTON a étudié en 2001, le dossier de 223 médecins du *National Health Service*, décédés par suicide ou de cause non identifiée entre 1979 et 1995. Il conclut à des disparités selon la spécialité avec des différences significatives :

Les Anesthésistes ont un risque de suicide 7 fois plus élevé que les médecins exerçant une spécialité médicale qui sont pris comme référence, les Psychiatres 5 fois plus, les Médecins généralistes 3,5 fois plus. [67]

On reconnaît un niveau de stress élevé chez les Psychiatres et l'accès particulièrement aisé des anesthésistes à des substances létales.

Nombre de suicide et risque relatifs par spécialité, HAWTON et Al. 2001 [67]

Spécialités	Nombre de Suicides	Risque Relatif
Spécialités médicales	4	Référence
Médecine générale	84	3,6
Anesthésie	13	6,8
Psychiatrie	9	4,8
Chirurgie	6	2,1
Radiologie	3	3,2
Santé Publique	2	4,5
Médecine légale	1	0,7
Médecine du dispensaire	7	8
Urgences	0	0
Gynéco-obstétrique	2	2,6

En France, LEOPOLD va conclure lors de son enquête en 2003 que les médecins les plus à risque par rapport au suicide sont : les médecins femmes, psychiatres, généralistes, anesthésistes et ophtalmologistes. [56]

Les Résultats concernant le Suicide des médecins selon la spécialité sont à interpréter avec prudence en raison du nombre d'études encore insuffisantes et les échantillons faibles. Néanmoins, 2 Spécialités interpellent et interrogent : **l'Anesthésie et la Psychiatrie...**

✓ Les MODALITES d'EXERCICE

Il n'y a pas de différence significative selon le mode d'exercice : les suicides sont répartis équitablement entre les médecins salariés, hospitaliers et libéraux.

Aucun médecin, ni rural, ni citadin n'est épargné par le suicide. Et le travail en groupe n'est pas protecteur, contrairement à ce que nous pensons. [56]

✓ Les MOYENS UTILISES

Dans la population générale, les moyens les plus utilisés sont la pendaison et l'arme à feu. En ce qui concerne les Médecins, l'ensemble de la littérature médicale aboutit au même résultat : l'**Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV)** est le moyen de suicide abouti le plus utilisé par les médecins.

Aussi les médecins qui font une TS par IMV ont plus de risques d'en décéder que les non-médecins.

D'après l'Etude de HAWTON en 2000, l'IMV est utilisé dans 54,8% des suicides des médecins hommes, dans 64,5% chez les médecins femmes contre 19,5 et 46,8% dans la population générale. [71]

Les hypothèses qui peuvent expliquer ces résultats sont : **une facilité d'accès aux substances potentiellement létales et une meilleure connaissance pharmacologique et physiologique.**

✓ Le STATUT SOCIAL et AFFECTIF

L'*American Medical Association* (AMA) a mené une vaste étude pour tenter d'isoler les facteurs prédictifs de suicide chez les médecins.

Le fait d'être divorcé, veuf, célibataire, sans enfant ou de manière générale **l'isolement socio-affectif semble être un facteur de risque** de suicide chez les médecins. [58,72]

✓ Les COMORBITES ASSOCIEES

En tant qu'êtres humains, les Médecins ne sont à l'abri de la pathologie mentale. Et le suicide peut être associé à des troubles mentaux ou à des addictions. [60]

Des auteurs comme SCHERNHAMMER et HAMPTON vont même jusqu'à évoquer une prévalence accrue de troubles psychiatriques en médecine par rapport au reste de la population générale. [64,65]

Les troubles de l'humeur (la dépression en particulier) et l'abus de substances ont été identifiés comme les principaux facteurs de risque dans la surexposition des médecins au suicide. [51, 64, 73, 74, 7]

Le SUICIDE des MEDECINS, en RESUME...

Médecine : Profession à Risque ?

Plus de Suicides aboutis, plus d'idées suicidaires, moins de TS que dans la population générale.

Particulière Vulnérabilité des Femmes médecins +++

Mode d'exercice : aucun médecin n'est épargné, pas de différence significative entre le médecin hospitalier/libéral, entre le citadin ou le rural.

Les spécialités médicales qui semblent être le plus à risque sont : la Médecine Générale, l'Anesthésie et la Psychiatrie ...

Les principaux facteurs de risque de suicide des médecins

- **L'isolement socio-affectif est un facteur**
- **Les addictions**
- **Les troubles de l'humeur**

Les Conséquences de l'Épuisement Professionnel peuvent être graves tant sur un plan professionnel que personnel.

Au niveau professionnel, le burnout d'un médecin a une particularité qui en fait toute sa gravité, et qui le distingue de tous les autres professionnels : c'est la perte de sens de son travail avec tout ce que cela implique pour le patient, mais aussi pour lui-même, pour l'individu qui s'est engagé pour venir aide à l'autre et qui n'en est plus capable.

La prévalence de l'épuisement professionnel des médecins, son retentissement, ainsi que les taux alarmants de suicide au sein de la population médicale nous amènent à croire qu'il existe probablement un lien entre l'EP et le SUICIDE des médecins.

D'autant plus que les conséquences de l'EP (isolement, addiction, dépression..) sont considérées comme facteurs de risque de suicide.

La question que nous nous posons :

Quelle est la place du Burnout dans les étiologies du SUICIDE des Médecins ?

A ce jour, nous ne disposons que d'hypothèses et les études statistiques actuelles ne nous permettent pas d'y répondre avec certitude.

III – EVALUATION :

La MESURE du Burnout

Pour élaborer des méthodes d'intervention contre le burnout et tester leur efficacité, il faut que la définition aboutisse à un outil de mesure valide et fiable. Il importe de vérifier que c'est bien le burnout qu'on évalue avant de pouvoir affirmer qu'il a été effectivement réduit.

L'outil de référence dans l'étude du burnout, est et reste, et de très loin, le MBI : le Maslach Burnout Inventory [6, 9].

C'est l'échelle, à ce jour encore, la plus utilisée, au niveau mondial et la mieux maîtrisée également. Elle a une bonne validité psychométrique.

1- Intérêts d'une évaluation

L'évaluation du burnout est marquée d'une caractéristique commune à toutes les approches quantitatives d'un vécu, à savoir la difficulté de quantifier du qualitatif. Comment objectiver par des données chiffrées du subjectif ? Comment lire ces résultats au risque de perdre le sens de la question posée ?

Mais malgré les réserves et les critiques nombreuses, l'intérêt pour le quantitatif demeure. Le burnout n'échappe pas au courant quantitatif et s'y inscrit même de façon originale puisque c'est en élaborant l'échelle de mesure que se définit le syndrome.

Quels sont les intérêts d'une approche quantitative du burnout ?

Cette approche permet d'apprécier la présence ou non du syndrome (diagnostic positif). Elle permet également de rechercher, par l'intermédiaire d'études comparatives, des facteurs en cause dans le burnout (diagnostic étiologique).

Enfin, une évaluation permet d'objectiver les observations cliniques et contribue ainsi à la reconnaissance du concept. Et la reconnaissance du burnout permettra de favoriser une prise de conscience auprès des autorités, l'obtention de moyens de formation, d'information et d'évaluation nécessaire à sa prévention.

2- Les Instruments de Mesure

De nombreux instruments de diagnostic et d'évaluation du SEP ont été élaborés destinés pour la majorité aux professionnels de la santé et du travail social. Cependant, les méthodes d'évaluation « à large portée » sont connues à travers 2 échelles : le MBI essentiellement (Maslach Burnout Inventory) et le BM (Burnout Mesure) de PINES. Ce dernier évalue surtout la composante « épuisement émotionnel ». Il est fiable et simple à utiliser.

Mais c'est le MBI qui constitue actuellement le meilleur outil de mesure du burnout auprès des professionnels de l'aide. Il évalue les 3 dimensions du burnout.

3 – Le MBI

✓ Présentation de l'Outil

Le MBI se compose de 22 items (affirmations renvoyant au travail) et de 3 sous-échelles qui représentent les **3 dimensions du syndrome de burnout** :

- l'Épuisement Emotionnel (EE) : 9 items
- la Dépersonnalisation (DP) : 5 items
- L'Accomplissement Personnel (AP) : 8 items

Ces affirmations sont suivies d'une **échelle de fréquence** en sept points (0 : Jamais, à 6 : tous les jours), évaluant la fréquence à laquelle la personne a ressenti l'expérience, l'émotion ou le sentiment en question.

Pour chaque sous-échelle, on fait la somme des réponses aux items qui la composent. Exemple : pour l'EE : 9 items, et le score peut s'étendre de 0 à 54.

A noter qu'à l'origine, il était demandé d'évaluer chaque item, non seulement en fonction de la fréquence mais également en fonction de l'intensité des émotions ou sentiments éprouvés (1 : très peu, à 7 : énormément). Les recherches ont montré que fréquence et intensité étaient fortement corrélées, alors **seule l'échelle de fréquence a été retenue**.

Les premières conceptions étaient destinées aux professionnels de l'aide. Le MBI évaluait les réactions éprouvées au cours des relations avec les clients, et en ce qui concerne le soignant, le patient.

Le syndrome par la suite, a été étendu à toutes les professions.

L'utilisation du MBI a nécessité une adaptation. La dimension de soutien face à un individu en souffrance, physique ou psychique donne toute sa spécificité à la relation d'aide. La dépersonnalisation, ne prend de véritable sens, que dans la relation d'aide. Les items qui la composent ont de ce fait, été remplacés par des items évaluant des attitudes équivalentes non pas vis-à-vis des « patients » mais vis-à-vis de « clients » ou de « collègues » de travail.

A l'heure actuelle, il existe 3 versions différentes du MBI **[6,9]** :

- La version originale : le MBI – HSS (le MBI- Human Services Survey) destinée aux professionnels de la relation d'aide
- Une variante qui s'adresse aux enseignants : le MBI – ES (le MBI-Educators Survey)
- Et le MBI – GS (le MBI- General Survey).

Cette 3^{ème} version différente, quant à son contenu et au nombre d'items, s'adresse à l'ensemble des professionnels. Elle ne comprend que 16 items au lieu de 22. L'EE et la DP sont composés de 5 items. Et la dernière dimension a été renommée « efficacité professionnelle » qui évalue à la fois l'accomplissement mais aussi l'efficacité, la productivité et les compétences.

✓ Interprétation des résultats du MBI

Il nous semble important d'insister sur la nécessité de considérer les résultats du MBI dans **une perspective dynamique**.

En effet, il n'est pas nécessaire d'obtenir un score élevé aux dimensions EE et DP, ainsi qu'un score bas pour l'AP, pour poser le diagnostic de burnout. Pour parler de burnout, la présence de scores pathologiques pour les 3 dimensions n'est pas nécessaire. Les 3 dimensions du burnout ne sont pas les éléments d'une triade diagnostique comme nous pouvons le voir dans les classifications nosographiques de la psychiatrie quantitative.

Un score élevé sur l'échelle EE OU sur l'échelle DP OU un score bas d'AP suffit pour parler de burnout car ce résultat témoigne déjà d'un processus en cours d'installation contre lequel il faut agir. En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de sévérité différents. Une dimension atteinte correspond à un score élevé pour l'EE ou la DP, un score bas pour l'AP.

Le degré de burnout est dit :

- **Faible : seule 1 dimension est atteinte.**
- **Moyen : atteinte de 2/3 dimensions.**
- **Elevé ou Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.**

Pour interpréter les scores obtenus pour chaque dimension, MASLACH et JACKSON, ont établi des bornes. Les scores obtenus dans chaque dimension peuvent être « bas », « modéré » ou « faible ». Pour exemple, les valeurs de références fixées pour le MBI original (MBI-HSS) établies en 1981:

Score de burnout	Dimension du MBI – HSS (MBI Original)		
	EE	DP	AP
Elevé	≥ 27	≥ 13	≤ 30
Modéré	17 - 26	7 -12	31 – 36
Bas	≤ 16	≤ 6	≥ 37

Maslach Burnout Inventory Manual, Third Edition. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M.P. (1996) [11]

Ce qu'il faut savoir, c'est que le MBI existe en plusieurs versions comme nous l'avons vu mais l'échelle a également été traduite en plusieurs langues.

Nous le reverrons ultérieurement, mais dans notre Etude nous avons utilisé l'échelle MBI dans sa version originale, c'est-à-dire le MBI-HSS.

Pour pouvoir comparer nos données aux autres études réalisées, notamment françaises, nous avons fait une simulation avec une échelle MBI française.

Ce qu'il faut comprendre, c'est que les bornes utilisées sont différentes, ce qui complique l'interprétation lors de la comparaison des données.

A noter que l'échelle française que nous avons utilisée en association au MBI original, est le MBI issu de l'ouvrage de CANOUI (traduction Fontaine). [40]

Score de burnout	Dimension du MBI – Version Française		
	EE	DP	AP
Elevé	≥ 30	≥ 12	≤ 33
Modéré	18 - 29	6 -11	34 – 39
Bas	≤ 17	≤ 5	≥ 40

MBI Version Française, Traduction FONTAINE. CANOUI (2008) [40]

Probablement que les valeurs de l'interprétation ont été adaptées en raison de différences culturelles. Mais nous ne savons pas à ce jour, et malgré nos recherches,

sur quels critères se sont basés les auteurs des traductions pour expliquer de telles différences.

✓ Validité du MBI

- La validité convergente du MBI

La validité convergente est assurée si les réponses des participants concordent avec celles obtenues par d'autres méthodes s'intéressant au même phénomène.

Dans l'ensemble les auteurs accordent une bonne validité au MBI, même si beaucoup font remarquer qu'elle n'est pas véritablement établie pour l'accomplissement personnel. On obtient des associations toujours significatives entre les scores de MBI et ceux obtenus avec d'autres instruments aussi conçus pour évaluer le burnout, en particulier le MB de PINES et AL. [76]

Néanmoins, ce sont les plus souvent l'EE et la DP qui offrent des corrélations significatives. Les liens entre burnout et AP semblent beaucoup moins nets et la place de l'AP a été souvent discutée.

Les 2 premières dimensions seraient plus corrélées à la tension psychique que l'AP qui est plus associé à la perception de performance, à l'utilisation du contrôle, à l'auto-efficacité et à l'estime de soi. L'AP serait plus une caractéristique de la personnalité. SCHAUFELI et LEITER considèrent que la dimension AP évolue indépendamment des 2 autres et que sa place reste à définir dans l'étude du burnout.

Une méta-analyse récente (LOUREL et Al., 2007) [77] confirme que la 3^{ème} dimension, l'accomplissement personnel, n'est pas toujours corrélée de manière significative aux 2 autres dimensions que sont l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation.

- La validité divergente (ou validité discriminante) du MBI

Ce qui n'est pas souhaité, c'est que le burnout soit une autre façon de nommer des phénomènes déjà étudiés, comme la dépression par exemple.

Les recherches menées à ce jour laissent parfois planer un doute sur la validité discriminative du MBI. A plusieurs reprises, a été retrouvée une corrélation significative avec des mesures d'insatisfaction au travail et surtout, une association positive entre burnout et dépression.

Nous avons déjà évoqué le lien burnout-dépression dans le chapitre « Limites - diagnostics différentiels », mais son importance justifie de compléter nos données à ce sujet.

Etant donné la parenté au niveau de la symptomatologie, il est possible de se demander dans quelle mesure, burnout et dépression ne sont pas 2 termes désignant un même état. Ou est-ce que le burnout ne serait pas un processus dont le point culminant est une symptomatologie dépressive ?

En quelques mots : le burnout pourrait être en quelque sorte une « dépression professionnelle ».

Lors de leur revue de littérature en 1998, SCHAUFELI et ENZMANN concluent que la variance commune entre les dimensions du MBI d'une part, et la dépression d'autre part, sont de : 26% pour l'EE, 13% pour la DP et de 9% pour l'AP. [78] Toutefois, les analyses factorielles révèlent que lorsque le MBI et une échelle de dépression (le plus souvent le BDI, le *Beck Depression Inventory*) sont administrés

au même échantillon, des facteurs spécifiques émergent pour la dépression et le burnout [15].

Par ailleurs, burnout et dépression se différencient par leurs origines respectives. BAKKER et al, en s'appuyant sur la théorie de l'équité va montrer que ces états ont une étiologie différente. Leur raisonnement est le suivant : l'équité dans les relations au travail, est liée au burnout. Le manque d'équité peut aussi affecter la sphère personnelle et le manque de réciprocité entre conjoints provoque des états dépressifs. [79]

Leur hypothèse est que le manque de réciprocité au travail prédit à la fois burnout et dépression. En revanche un manque de réciprocité dans la vie privée (relation avec son partenaire) prédit la dépression, mais pas le burnout. Les résultats confirment leur hypothèse.

D'autres travaux montrent que le burnout est un antécédent de la dépression (et non l'inverse). [80]

En résumé, si burnout et dépression partagent une variance appréciable, particulièrement en ce qui concerne l'épuisement émotionnel (EE), ils sont bien distincts, tant du point de vue de leur origine que de leur développement. Le MBI ne se confond pas avec une échelle de mesure de la dépression.

- La validité factorielle du MBI

La très grande majorité des recherches reconnaissent le fait qu'un modèle multidimensionnel est une approche beaucoup plus complète que les approches uni ou bi dimensionnelle.

La validité factorielle du MBI, a été confirmée pour ses 3 versions. [11]

- La consistance interne du MBI

Quelle que soit la version, la consistance interne des 3 dimensions (sous-échelles) du MBI, mesurée par l'alpha de Cronbach, est satisfaisante. Elle va de 0,70 à 0,90 pour la version originale traditionnelle et de 0,73 à 0,91 pour la version générale. [11] Toutefois, on trouve généralement des alphas relativement faibles pour la dépersonnalisation, parfois inférieurs à 0,70, le seuil considéré comme critique. Les raisons qui peuvent l'expliquer sont d'une part le petit nombre d'items de l'échelle (5), et d'autre part, le fait que la dépersonnalisation inclut sans doute différents aspects tels que l'hostilité, le rejet et la mise à distance. [78]

- La stabilité du MBI à travers le temps

Les 3 versions du MBI présentent une bonne stabilité temporelle.

Les coefficients de corrélation, lors de l'administration du MBI original au même groupe à un mois d'intervalle, s'étalent de 0,60 à 0,8. [11] Lorsque la période s'allonge les corrélations sont un peu plus faibles mais toujours très élevées.

C'est l'épuisement émotionnel (EE) qui offre la meilleure corrélation à travers le temps, au contraire de la dépersonnalisation qui est la plus faible.

A noter que la stabilité dans le temps du MBI, confirme une fois de plus que le burnout est bien un état durable et non pas une affection passagère.

- Les LIMITES du MBI

Malgré les qualités du MBI en termes de validité et fidélité, on se heurte à une lacune

majeure : il n'est à ce jour pas possible de dire à partir de quel score un individu présente un profil critique.

A l'origine, MASLACH et JACKSON ont établi des bornes permettant de catégoriser les individus en burnout « élevé », « moyen » ou « faible » pour chacune des dimensions. Mais ces bornes ont été établies à partir de normes arbitraires. Elles ont séparé leur échantillon, certes conséquent (11067 personnes) en 3 groupes équivalents : les 33,3% qui ont des scores les plus élevés représentent la fourchette du niveau « élevé », les 33,3% suivant le niveau « moyen » et les 33,3% restant, le niveau « faible ».

Ces frontières sont artificielles et on ne sait pas à quels types de symptômes et d'état d'épuisement elles correspondent. Les limites fixées par le MBI n'ont aucun fondement clinique. Autrement dit, nous pouvons avec une confiance élevée différencier les individus selon leurs scores du MBI mais nous ne pouvons dire avec certitude à partir de quel score un individu souffre de burnout.

Par ailleurs, rien ne prouve que les normes des Etats-Unis soient superposables et puissent être étendues aux autres pays. Le burnout est sujet à des variations culturelles.

A noter aussi, que ces bornes ont été établies sans tenir compte des personnes en arrêt de travail, ni de celles qui ont quitté la profession. L'évaluation du burnout pourrait donc être biaisée par l' « effet du travailleur en bonne santé » [24]

Une dernière critique qu'il est possible de faire au MBI, c'est que le burnout est en quelque sorte « prisonnier » de cet instrument, qui masque peut être d'autres aspects. L'étendue et la diversité du phénomène pourrait faire croire qu'il existe d'autres formes de burnout.

Le MBI, en RESUME ...

Au vu des ses qualités psychométriques, de ses performances en terme de validité et fidélité, le MBI peut être utilisé pour établir un diagnostic clinique. C'est un instrument fiable, dont existent des versions adaptées dans de nombreuses langues. C'est aujourd'hui l'outil de référence dans l'étude du burnout et plus de 90% des recherches publiées l'utilisent. Un avantage certain en découle : la réalisation d'études comparatives.

Cependant sa valeur discriminative n'est pas totalement satisfaisante (burnout VS dépression).

Et surtout, la principale limite de cet outil à notre sens, c'est qu'il n'y a pas de corrélation clinique avec les bornes des scores établis.

Il reste donc à établir des bornes, des scores limites basés sur des études cliniques solides pour établir des valeurs qui déterminent burnout ou absence de burnout, ainsi que des degrés de gravité en congruence avec la gravité clinique de l'état d'épuisement.

IV - EPIDEMIOLOGIE

Le concept de burnout va émerger aux Etats-Unis dans les années 70. Le Psychiatre Clinicien, FREUDENBERGER va utiliser le terme qu'il attribue au personnel soignant lors de la prise en charge de patients toxicomanes. Christina MASLACH, Chercheur en Psychologie, et son équipe vont travailler sur le burnout. Ils seront à l'origine de la définition avec JACKSON, et dans le même temps élaborerons un instrument de mesure : le MBI [6].

Dès lors, le concept de burnout va susciter un intérêt croissant et devenir populaire. Le burnout va faire l'objet d'un grand nombre de travaux dans le monde, dès les années 80 aux Etats-Unis, puis en Europe dans les années 90. Il va falloir attendre les années 2000 pour qu'apparaissent les premières études en France. Nous allons faire une synthèse des principales études réalisées sur le burnout des Médecins en France, en Europe et dans le Monde

I- Etudes sur le Burnout en France et en Europe

Ce n'est vraiment qu'à partir du début du 21^{ème} siècle que les Etudes françaises portant sur l'Épuisement professionnel des Médecins vont naître en nombre. Et ces Etudes sont, dans la majorité des cas, réalisées auprès des médecins libéraux, et principalement auprès de nos confrères médecins généralistes.

Leur Objectif : déterminer la prévalence du burnout au niveau de la profession médicale en France.

Toutes les études sur l'Épuisement Professionnel des médecins vont dans le même sens. Les résultats sont congruents et alarmants : Près de 50% des médecins libéraux (médecins généralistes essentiellement), sont concernés par l'épuisement professionnel. Les mêmes constatations sont retrouvées à l'Hôpital.

1 - En Libéral et en Médecine Générale

- Etudes de TRUCHOT et de GALAM

Les principaux auteurs qui ont travaillé sur l'épuisement professionnel en Médecine Générale et Libérale en France sont : Didier TRUCHOT, Maître de Conférences en Psychologie Sociale à l'Université de Franche-Comté et le Docteur Eric GALAM, Médecin Généraliste et Coordinateur de l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux).

Didier TRUCHOT a réalisé successivement plusieurs Etudes sur le Burnout des médecins libéraux et généralistes de Bourgogne (2001), de Champagne Ardennes (2003) et de Poitou Charente (2004). [13, 14, 15]

Ces études ont montré que 47% des médecins présentent les symptômes du

syndrome d'épuisement professionnel. [81]

Les résultats des travaux de TRUCHOT sont résumés dans le tableau suivant. Seuls sont représentés les scores élevés de l'EE ou de DP et les scores bas d'AP.

Etudes de l'Épuisement professionnel des Médecins Libéraux et Généralistes selon TRUCHOT en fonction des 3 dimensions			
Région	Bourgogne	Champagne-Ardennes	Poitou-Charentes
Année	2001	2003	2004
Population	Libéraux	Libéraux	Généralistes
Effectif	394	408	515
EE élevé	47,2%	42,3%	40,3%
DP élevé	32,8%	44,5%	43,7%
AP bas	29,2%	37,4%	43,9%

Le Docteur Eric GALAM a mené une étude auprès des médecins généralistes en Ile de France en 2007 [52] qui confirme les chiffres car il retrouve **une menace d'épuisement professionnel auprès de 53% des médecins.**

VI- Les Statistiques de la CARMF

Les troubles mentaux et du comportement sont depuis plusieurs années la 1^{ère} cause d'invalidité chez les Médecins d'après la CARMF et augmentent d'année en année jusqu'à une stabilisation autour de 40% depuis 2007. (41% en 2007, 42% en 2008 et 40% en 2009). [82]

Nature des Affections des médecins en INVALIDITE, CARMF (2007) [82]	
Troubles mentaux et du comportement	41%
Maladies du Système Nerveux	12,75%
Maladies de l'Appareil Circulatoire	11,35%
Tumeurs Malignes, y compris hémopathies malignes	10%
Lésions Traumatiques	7,84%
Autres causes de Maladies	<5% par cause

Les Affections Psychiatriques sont également la 2^{ème} cause d'indemnités journalières (18%) après les maladies cancéreuses (40%).

Le burnout n'étant pas reconnu en tant qu'entité nosographique à part entière en Médecine, il est très probable que les médecins épuisés, en arrêt travail ou en invalidité pour burnout, soient recensés dans la catégorie « troubles mentaux et du comportement » ou « affections psychiatriques ».

Et nous pouvons supposer que, compte tenu de sa prévalence, le burnout contribue à ces taux élevés et a une part de responsabilité non négligeable dans les causes d'arrêt de travail ou d'invalidité des médecins malades.

En **Annexe 2** est représenté un résumé des Etudes Françaises sur le burnout des Médecins en France, d'après Karen LAMARCHE.

VII- L'Etude du burnout en EUROPE : The European General Practice Research Network Burnout Study [84]

Cette vaste étude de prévalence a été réalisée en 2004, menée par SOLER dans 12 pays européens. Sur 3500 médecins généralistes interrogés, 1393 ont répondu à l'enquête. Le taux de réponse est de 39,8%.

Les résultats sont comparables à ceux obtenus chez nos confrères généralistes français : 43% ont des scores élevés d'EE, 35% des scores élevés de DP, et 39% ont une perte d'AP.

A noter que, **12% présentent un stade de burnout sévère** (atteinte pathologique des 3 dimensions du MBI).

2 - En milieu HOSPITALIER

En France, nous ne disposons que de très peu de données sur l'état de santé des médecins hospitaliers.

Nous avons attaché un intérêt particulier aux rares études qui ont été réalisées sur le burnout auprès des Psychiatres en France. La comparaison des résultats de notre Etude est bien plus évidente qu'avec les Etudes Internationales (l'exercice de la Psychiatrie est probablement tout autre et les différences de culture, de systèmes de soins, de gouvernements, de moyens ...rendent difficile l'interprétation des résultats).

En Europe : L'Enquête SESMAT (Santé et Satisfaction des Médecins au Travail)

En 2007, Madeleine ESTRYN-BEHAR, Médecin du travail, et son équipe, ont permis, par la vaste Enquête SESMAT, une analyse de l'influence de la qualité du travail sur la satisfaction et la santé des médecins, dans laquelle s'intègre l'étude de la Prévalence de l'Epuisement Professionnel. [85, 86]

Elle se différencie des autres études sur le burnout, car elle porte sur les Médecins Hospitaliers. La cohorte est constituée de 4799 Médecins Hospitaliers Européens, toutes spécialités confondues, dont 3 196 ont répondu, soit **un taux de réponse de 66 %**.

Son travail prend d'autant plus d'intérêt et de valeur dans le cadre de notre Etude car elle intègre les Psychiatres Hospitaliers qui présentent par ailleurs, d'après l'Enquête SESMAT, des taux élevés de SEP.

Les Médecins qui ont un niveau de burn out spécifique aux soignants le plus élevé sont les Urgentistes et les Psychiatres.

En effet, les taux respectifs de burnout élevé sont de 33% pour les Urgentistes, de 30,9% pour les Psychiatres, alors que le taux moyen de burnout élevé toutes spécialités confondues n'est que de 23,1%.

A noter que l'outil de mesure utilisé n'est pas le MBI, mais une autre échelle utilisée dans l'étude du burnout : le CBI (*Copenhagen Burnout Inventory*) dont il faudra tenir compte dans la comparaison des résultats. **(Cf. Annexe 3)**

Au terme de l'Etude, et au vu des résultats, une étude sera publiée dans l'Information Psychiatrique en mars 2011, comparant le SEP des Psychiatres et celui des autres spécialistes Hospitaliers. [87]

La prévalence de l'EP est relativement comparable entre Psychiatres et autres Spécialistes lorsqu'est utilisé l'outil General-CBI, adapté à toutes les professions (43,3% VS 42,4%). Par contre, et c'est ce qui a été à l'initiative de cette

comparaison, c'est qu'en utilisant l'échelle CBI spécifique à l'EP lié aux patients, la fréquence de l'EP est nettement plus élevée et de manière significative chez les Psychiatres (30,9% VS 23,1% ; $p < 0,05$). **En Annexe 4 est représenté un RESUME des RESULTATS de l'Enquête SESMAT.**

PREVALENCE du Syndrome d'Épuisement Professionnel des Psychiatres et Médecins des autres spécialités (Enquête SESMAT) [87]

- **OBJECTIF de l'enquête** : étudier les conditions de survenue et la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel (SEP) chez les médecins. L'analyse a comparé les psychiatres (179 PSY) avec les médecins d'un échantillon représentatif de toutes spécialités (1 924 MER).
- **OUTIL** : Le champ de l'épuisement professionnel (EP ou burnout) a été exploré par le score du *Copenhaguen Burnout Inventory (CBI)** qui est adapté à toutes les professions (General-CBI) et comporte une version spécifique pour le syndrome d'épuisement professionnel lié aux patients (P-CBI)
- **Taux de REPONSE** : 4 799 praticiens médecins ont accédé au questionnaire sur le site, dont 3 196 médecins et pharmaciens ont rempli un questionnaire utilisable, soit un taux de réponse de 66 %.

PREVALENCE du SEP :

	PSYCHIATRES (179 PSY)	Médecins d'un Echantillon représentatif de toutes spécialités (1924 MER)
CBI	43,3%	42,4%
P-CBI	30,9%	23,1% ($p < 0,05$)

Facteurs de risque dans la survenue de l'Épuisement Professionnel en analyse multivariée Enquête SESMAT

PSYCHIATRES		Médecins des autres Spécialités	
FR	OR	FR	OR
Score élevé conflit Travail/ Famille	4,73	Score élevé conflit Travail/Famille	4,45
Qualité du travail d'équipe mauvaise ou moyenne	2,28- 2,66	Pression temporelle forte	3,18
Absence de pauses repas	2,20	Mauvaise qualité du travail d'équipe	2,09
		Le sexe féminin	2,02
Scores bas relations interprofessionnelles	2,11	La crainte des erreurs	1,89
Les autres facteurs ne sont		Score bas des relations	1,63

plus significatifs dans l'analyse multivariée.		interpersonnelles	
		Age (jeune)	1,59
		Relations tendues avec l'administration	1,31
		Insatisfaction / Salaire	1,29

Le retentissement de la vie professionnelle sur la vie privée, évoqué dans l'analyse étiologique semble être un facteur de risque de poids du burnout. C'est le principal facteur de risque retenu dans l'enquête SESMAT et ce, pour tous les médecins quelle que soit leur spécialité (RR de 4,4 à 4,7).

L'altération de la qualité du travail d'équipe est également retenue comme à risque d'épuisement pour l'ensemble des médecins.

Les risques plus spécifiquement identifiés pour les Psychiatres, dans cette Etude sont : l'absence de pauses de repas ainsi que des relations interprofessionnelles altérées. Nous pouvons penser que l'absence de pause repas, soit en rapport avec « l'activité multi-site » des Psychiatres. L'altération des relations interprofessionnelles ne serait-elle pas un reflet de la stigmatisation des Médecins Psychiatres au sein du Corps Médical ? Mais il est possible que les relations interprofessionnelles recouvrent également des relations autres que confraternelles : service sociaux et éducatifs ?

A noter que, dans cette étude, et contrairement aux autres spécialités, la pression du temps et la crainte des erreurs n'ont pas été retenues comme à risque de burnout pour les psychiatres.

3 – Etudes françaises sur le burnout des Psychiatres

A notre connaissance, il n'existe que très peu d'Etudes portant spécifiquement sur l'Epuisement Professionnel des Psychiatres.

Nous avons accordé un intérêt particulier aux rares études qui ont été réalisées auprès des Psychiatres en France : l'une auprès des Psychiatres de Haute-Normandie et l'autre auprès des Internes en Psychiatrie en France.

Ce sont des Etudes de prévalence, tout comme la nôtre et qui ont utilisé le même outil de mesure : le MBI. L'intérêt est de pouvoir comparer nos résultats.

- Epuisement Professionnel des Psychiatres de Haute-Normandie (Thèse, Albane LACOUTURE, 2010). [88]

C'est une Etude de Prévalence du burnout effectuée auprès des Psychiatres Hospitaliers, Libéraux et Internes en Psychiatrie de la région de Haute-Normandie. L'outil de mesure est le MBI. La Cohorte est constituée de 314 médecins : 261 Psychiatres (83,1%) et 53 Internes en Psychiatrie (19,9%).

Une particularité de l'étude est la suivante : les taux de burnout sont confrontés à une éventuelle addiction associée, à la consommation de psychotropes et aux troubles du sommeil.

Le taux de réponse est de 46,2%. Les répondants sont Internes pour 20,7% d'entre eux et 79,% des répondants sont Psychiatres. Sur l'ensemble des Psychiatres interrogés, ils sont 44% à avoir répondu à l'Etude.

Les médecins sont répartis en fonction du lieu d'exercice dans les proportions suivantes : 53 % en EPSM, 25% en CH et pour environ 22% en libéral. Ils sont un

peu plus de 80% à travailler en Psychiatrie Adulte et un peu moins de 20% à travailler exclusivement en Pédopsychiatrie. Sans pouvoir l'affirmer avec certitude, il semble que les répondants aient des caractéristiques proches des Psychiatres au niveau national en termes de lieu et de type d'exercice.

Les résultats seront comparés aux nôtres dans le chapitre suivant (II- ETUDE). Néanmoins, nous allons présenter les principaux résultats du travail d'Albane LACOUTURE dont la qualité permet de compléter et d'enrichir notre étude. C'est, à notre connaissance, la seule étude en France réalisée spécifiquement auprès des Psychiatres, et c'est l'Etude qui se rapproche de ce fait le plus de la Nôtre.

	Etude Haute Normandie	
	Internes	Psychiatres Hospitaliers et Libéraux
EE élevé	6,7%	15,7%
DP élevé	16,7%	8,7%
AP bas	40%	16,5%

	Etude Haute Normandie Internes et Psychiatres
PAS d'EP	63,3%
EP faible	27,7%
EP moyen	9%
EP sévère	0%

Les résultats significativement corrélés aux dimensions du MBI sont les suivants :

✓ L'EE :

Alors que dans la littérature, l'âge n'est pas retenu comme facteur de risque, dans cette Etude, 75% des scores d'EE élevé concernent les Psychiatres de plus de 55 ans. Les médecins de moins de 55 ans ont un EE faible à modéré, les plus de 55 ans un EE modéré à élevé et ce résultat est très significatif ($p < 0,001$).

✓ La DP :

Il existe, de manière significative des différences en fonction du type d'exercice : les taux de DP élevée sont nettement moindres pour les Psychiatres qui travaillent en EPSM (7,9%) qu'en CH (16,7%) ou en cabinet seul (15,7%).

✓ L'AP

- Les Psychiatres femmes présentent de manière significative des taux d'AP bas plus élevé que les hommes. Il en est de même pour les hommes seuls et les femmes psychiatres vivant en couple.
- Les Psychiatres qui exercent en EPSM ont un « taux d'AP élevé » bas (39,5%) par rapport aux autres Psychiatres qui ont des «taux d'AP élevé » supérieurs (52,8%) en CH, et **très élevés (65%) en libéral**.
- **Albane LACOUTURE a comparé les scores des dimensions en fonction du type d'exercice : ABSENCE de TAUX BAS d'AP en LIBERAL ! Alors**

que les taux AP bas sont de 19,4% en CH, 30,3% en EPSM. Et ces résultats sont significatifs ($p < 0,10$).

- L'autre résultat fort de l'Etude et très significatif : 40% des Internes ont un AP bas, contre seulement 16,5% des Psychiatres.

✓ Burnout VS Addictions, Troubles de Sommeil et Consommation de Psychotropes
Aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre épuisement professionnel et addictions associées ou consommation de psychotropes.

Les troubles de sommeil ne semblent pas avoir de lien avec l'EE, ni avec la DP. Par contre, l'existence de troubles du sommeil au moins une fois par mois est corrélée de manière significative avec une baisse de l'accomplissement personnel.

Quelques résultats intéressants sur les Psychiatres de Haute-Normandie ...

■ Psychiatres et Sommeil

Fréquence des troubles du sommeil	% de PSY concernés
Jamais	16,6%
Quelques fois dans l'année	37,9%
Une fois par mois au moins	20%
Une fois par semaine au moins	18,6%
Toutes les nuits	6,9%

- 25% des Psychiatres/Internes ont des troubles du sommeil au moins une fois par semaine.
- Dans 80% des cas les médecins présentant les troubles de sommeil sont Psychiatres, dans 20% des cas il s'agit des Internes.

■ Psychiatres et Consommation de PSYCHOTROPES

Jamais	54,6%
Quelques fois dans l'année	26,2%
Une fois par mois au moins	5,5%
Une fois par semaine au moins	5,5%
Chaque jour	8,3%

- Près de 20% des Psychiatres consomment des psychotropes au moins une fois par mois, dont environ 8% tous les jours.
- La consommation concerne environ 60% des femmes, 40% des hommes
- Il s'agit d'hypnotiques dans 50% des cas, d'anxiolytiques dans 40% des cas, 16,7% prennent un traitement antidépresseur.

VIII- Les Internes en Psychiatrie

Ce que nous avons retenue sur les études réalisées auprès des Internes en Psychiatrie, c'est que les résultats divergent, les outils de mesure ou critères de burnout sont différents ou insuffisamment définis et enfin, la taille souvent restreinte des cohortes rend difficile l'interprétation des données.

Par contre nous nous sommes intéressés à l'**Etude d'Olivier ANDLAUER : Le burnout chez les Internes en Psychiatrie Français. (Thèse, 2008) [17]**

Cette étude récente porte sur l'EP des Internes Français de Psychiatrie. Elle s'intègre dans une Etude européenne. Pour son travail, il a reçu un Prix Congrès au Congrès de l'ENCEPHALE en 2009. C'est une enquête d'épidémiologie, descriptive, de prévalence, transversale, multicentrique sur 9 villes en France.

L'outil utilisé est le MBI mais la version est celle adaptée à toutes les professions : le **MBI-GS** (pour MBI *General Survey*).

Une caractéristique intéressante de ce travail, c'est que les taux de burnout ont été confrontés aux facteurs environnementaux du travail par l'Echelle AWLS (Areas of Worklife Survey). **[89]**

L'AWLS a été développée pour évaluer l'environnement de travail selon la Perspective développée par MASLACH dans *The Truth about Burnout* (1997). **[92]**

L'idée à l'origine du développement de cette échelle est que les qualités de l'environnement de Travail jouent un rôle déterminant dans les relations que les individus mettent en place au travail.

L'objectif est de fournir une évaluation pratique et économique des questions centrales pour l'amélioration de la qualité de vie au travail.

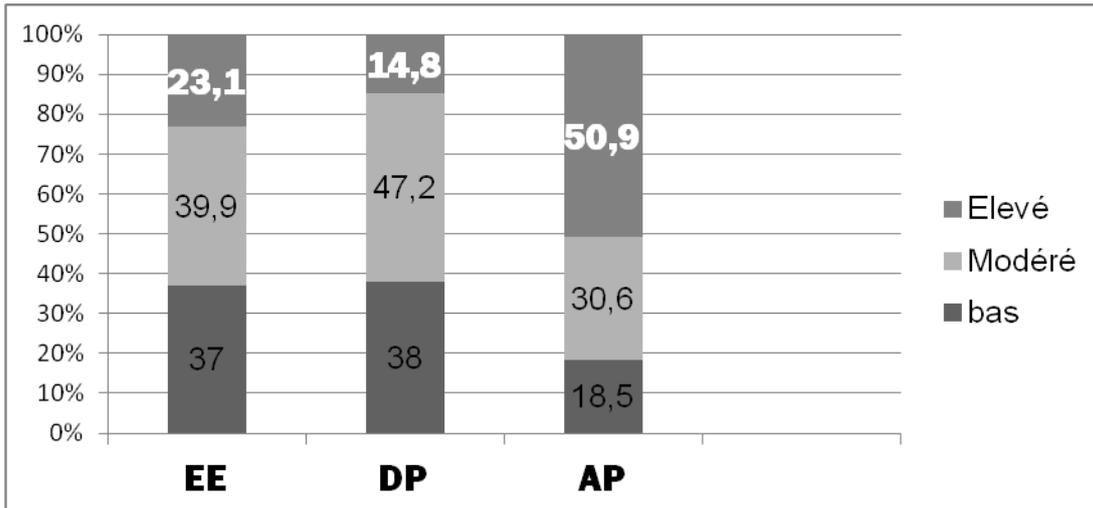
L'AWLS se compose de six sous-échelles qui mesurent six domaines qui jouent un rôle majeur dans le bien-être au travail : **charge de travail, contrôle sur la façon de travailler, reconnaissance, communauté, équité, valeurs.**

400 questionnaires ont été envoyés par mail (35% des Internes en Psychiatrie en France). 143 Internes ont répondu dont 108 ont répondu à l'ensemble des questions Soit un taux de réponse de 28%.

Les résultats sont représentés par les scores moyens aux 3 dimensions du MBI - GS

MBI-GS	Score moyen	Score de Burnout Bas	Score de Burnout Elevé
EE	10,74	≤ 7	≥ 16
DP	7,28	≤ 5	≥ 13
AP	22,73	≥ 30	≤ 23

La prévalence des niveaux de burnout pour les trois dimensions :



Sur les 108 Internes répondants, 9 Internes ont des scores de *burnout* élevés aux 3 sous-échelles (8,3% de la population totale) et sont à risque de burnout sévère. Et 19 Internes ont des scores élevés pour au moins deux des trois sous-échelles (17,6%) et présentent un risque de burnout modéré.

Dans l'Etude, il y a un lien statistiquement significatif entre le sexe et la 2^{ème} dimension du MBI : la dépersonnalisation : les hommes présentent un score de DP plus élevé que les femmes au test de Student ($p < 0,05$).

Les autres variables sociodémographiques, ainsi que les conditions de travail ne sont pas liées de manière statistiquement significative au burnout.

Par contre, il existe un lien statistiquement significatif entre l'échelle AWLS et les dimensions du burnout.

Résumé des corrélations entre les échelles AWLS et MBI :

	Charge	Contrôle	Reconnaissance	Communauté	Equité	Valeur
EE	**	**	**	-	-	-
DP	**	*	**	-	*	**
AP	-	**	**	*	-	-

** Corrélation significative $p < 0,01$

*Corrélation significative $p < 0,05$

- PAS de corrélation significative

Les scores de l'AWLS sont supérieurs aux normes pour la charge de travail, la reconnaissance, la communauté et l'équité :

La charge de travail n'est donc pas ressentie comme excessive.

L'esprit de soutien au travail semble globalement bon, de même que l'équité des décisions prises. Les scores de reconnaissance sont très bons.

Concernant **le contrôle et les valeurs du travail, ces scores sont inférieurs aux normes.** Ceci peut s'expliquer par le statut d'interne mais il peut aussi être le reflet de l'actuelle double contrainte des professionnels de santé : (leur fixer) des objectifs qu'ils jugent impossibles à tenir avec la stratégie et les moyens actuels mis en place, qui exposent ces professionnels à un risque de démotivation et d'échec.

Les auteurs considèrent que la prévalence du *burnout* chez les internes en

psychiatrie français n'est pas très élevée. Mais le taux de réponse n'est pas très élevé. Et 8,3% d'entre eux ont pourtant des scores élevés aux 3 dimensions (burnout sévère) et 10,2% aux 2 premières échelles.

Les points qui nous ont semblé pertinents dans l'Analyse des résultats de l'Etude sont les suivants :

- **Le résultat le plus inquiétant de l'enquête qui va dans le sens des résultats obtenus par Albane LACOUTURE : 50% des Internes présentent un taux d'AP bas. Et ce résultat est inquiétant même si la pertinence de cette dimension reste très discutée.** A noter que les Internes des autres spécialités ont de manière générale justement un sentiment d'accomplissement élevé.

Nous pouvons nous demander si ce très faible taux d'AP élevé ne contribue pas à l'épuisement ultérieur des Psychiatres à plus long terme ?

- Le nombre d'heures passées au travail n'est pas corrélé aux dimensions du *burnout*. Ceci confirme bien que *burnout* n'est pas synonyme de quantité de travail. **Pour reprendre la vision « existentialiste » de Pines, le *burnout* serait donc secondaire à une difficulté à trouver du sens à son travail, sans qu'il y ait forcément de lien avec la quantité de travail.**
- **De nombreuses corrélations ont été retrouvées entre les sous-échelles de l'AWLS et celles du MBI :**

La charge de travail est corrélée à l'épuisement émotionnel et au cynisme. Le contrôle et la reconnaissance sont corrélés à toutes les dimensions du *burnout*. Plus le contrôle et la reconnaissance sont importants, plus le burnout est faible. Ces éléments de prévention sont d'ailleurs retrouvés de manière très fréquente dans la littérature.

Le soutien entre les membres de l'équipe et la cohésion du groupe permet d'améliorer significativement le sentiment d'efficacité professionnelle.

L'équité et le travail en accord avec ses valeurs sont spécifiquement corrélés avec le cynisme. Plus les internes ont le sentiment de décisions justes et plus ils travaillent en accord avec leur valeurs, plus ils s'impliqueront dans la relation avec leurs patients.

Les principaux facteurs associés au *burnout* dans cette enquête sont : la surcharge de travail (et non le nombre d'heures passées au travail), le contrôle sur le travail effectué et la reconnaissance.

II- Les Etudes Internationales sur le Burnout

Il existe dans la Littérature Internationale de très nombreuses études sur le burnout des Médecins dont les Psychiatres. Mais nous nous sommes heurtés, lors de nos recherches à différents obstacles :

- *L'absence de revue de littérature sur la Prévalence du burnout des Psychiatres mais des Etudes dans des Pays isolés très différents (Italie, Nouvelle-Zélande, Pologne, Serbie ...) et le plus souvent, non pas nationales, mais limitées à un secteur géographique (Milan, Londres...).*
- *Leur intérêt nous semble limité dans les études comparatives compte tenu des différences culturelles, politiques et organisationnelles des systèmes de soins en santé mentale et probablement des modes d'exercer la Psychiatrie.*
- *Les études réalisées sont souvent qualitatives*

- *Nombre de ces travaux ont été réalisés sur l'ensemble des professionnels de Soins en Santé Mentale mais il ne nous paraît pas adapté d'extrapoler (le Soignant en Psychiatrie) aux Psychiatres.*
- *L'outil de mesure n'est pas toujours le MBI, et si le MBI est utilisé les versions sont parfois différentes.*

Néanmoins, nous avons résumé quelques résultats des études réalisées dont nous avons pris connaissance sur l'Épuisement Professionnel des Psychiatres dans le Monde. **(Cf. Annexe 5)**

Les études vont néanmoins dans le même sens : la Psychiatrie est une spécialité à haut risque d'épuisement professionnel.

Les psychiatres sont les médecins qui ont la relation interpersonnelle la plus élevée en termes d'intensité et ils prennent en charge des patients parfois gravement perturbés par la maladie mentale. Ce sont les Psychiatres qui parmi toutes les spécialités médicales travaillent le moins d'heures en moyenne.

Mais ce sont également les Psychiatres qui présentent parmi l'ensemble de la population médicale des taux d'épuisement émotionnel parmi les plus élevés. [90] La dimension qualitative du travail en santé mentale semble particulièrement chargée.

III - Les Etudes sur le SUICIDE des Médecins en France et dans le Monde

Le Suicide des Médecins a été abordé et « traité » dans le chapitre Conséquences du burnout (Cf. Chapitre I – II).

Compte tenu de l'importance du sujet, de la gravité des chiffres, et du possible lien avec le burnout, nous avons résumé les résultats des Etudes réalisées au niveau international.

- En France

Le Docteur Yves LEOPOLD a mené une vaste étude sur le Suicide des médecins en France en 2003 à la demande du Conseil National de l'Ordre, suite au drame en Vaucluse (11 décès par suicide sur 22 décès de médecins généralistes, soit un taux de 50%).

Rappel des résultats de l'Etude :

Nombre de décès sur 5 ans : 492

Nombre de suicides certains : 69

Une Incidence de suicide de 14% auprès des médecins contre 5,4% dans la population générale, d'âge comparable.

Soit un risque relatif de 2,37.

En 2009, l'estimation du **risque relatif de suicide des médecins par la CARMF est de 1,8** par rapport à la population générale.

- Le SUICIDE des Médecins dans le MONDE :

✓ *D'après LINDEMAN, 1996 [91]*

Taux de Suicides de Médecins

LINDEMAN et AL, 1996 (Revue de Littérature) [91]	
RR estimés parmi les Hommes Médecins	
Comparé à la population générale masculine	1,1 – 3,4
Comparé aux autres hommes qualifiés	1,5 – 3,8
RR estimés parmi les Femmes Médecins	
Comparé à la population générale féminine	2,5 – 5,7
Comparé aux autres femmes qualifiées	3,7 – 4,5

✓ D'après CHOCARD (2003) [51]

Revue Internationale de Littérature : Le SUICIDE des Médecins (d'après A.S. CHOCARD) [51]				
Auteurs et date de publication	Période d'observation	Pays de l'Etude	Nombre de suicides de médecins	Risque par rapport à la population générale
LINDHART et COLL (1963)	1935-1959	Danemark	67 H	H = 1,5
CRAIG et PITTS (1968)	1965-1967	Etats-Unis	228 suicides : 211 H 17 F	H = 1 F = 4
DEAN (1969)	1960-1966	Afrique du Sud	23 suicides : 22 H 1 F	H = 1,2
ROSE et ROSOW (1973)	1959-1961	Californie	49 suicides : 48 H 1 F	H = 2
STEPPACHER et MAUSNER (1974)	1965-1970	Etats-Unis	530 suicides : 489 H 41 F	H = 1,2 F = 3,2
PITTS et COLL (1979)	1967-1972	Etats-Unis	592 suicides : 543 H 49 F	H = 1 F = 3,6
RICH et PITTS (1979)	1967-1972	Etats-Unis	544 H	H = 1
Office of population censuses and surveys (1986)	1949-1983	Angleterre et Pays de Galles	246 H 14 F	H = 1,7 à 3,4 F = 3,1
BAMAYR et FEUERLEIN (1986)	1963-1978	Haute Bavière	94 suicides : 67 H 27 F	H = 1,6 F = 3
ARNETZ et COLL (1987)	1961-1970	Suède	42 suicides : 32 H 10 F	H = 1,2 F = 5,7
RIMPELA et COLL (1990)	1971-1980	Finlande	17 H	H = 1,3
SCHLICHT et COLL (1990)	1950-1986	Australie	13 suicides : 10 H 3 F	H = 1,1 F = 5

STEFANSSON et WICKS (1991)	1971-1979 1981-1985	Suède	138 suicides : 113 H 25 F	H = 1,9 F = 2,5
LINDEMAN et COLL (1997)	1986-1993	Finlande	61 suicides : 35 H 16 F	H = 0,9 F = 2,4
JUEL et COLL (1999)	1973-1992	Danemark	194 suicides : 168 H 26 F	H = 1,64 F = 1,68
AASLAND et COLL (2001)	1960-1989	Norvège	82 suicides : 73 H 9 F	H et F risques significativement plus élevés
HAWTON et COLL (2001)	1979-1995	Angleterre et Pays de Galles	223 suicides : 168 H 55 F	H < 1 F : 2
LEOPOLD & CNOM (2003)	1998-2003	France, Vaucluse	69 suicides	H & F = 2,7

✓ *Les études les plus récentes (SANSONE, 2009) [60]*

HEM et COLL (2005)	1960-2000	Norvège	111 suicides : 98 H 13 F	
PETERSEN et BURNETT (2008)	1984-1992	Etats-Unis	203 suicides : 181 H 22 F	H = 0,8 F = 2,39 Taux standardisés selon l'âge

Les résultats des nombreuses Etudes réalisées sur le Suicide des médecins en France et dans le Monde, vont toutes dans le même sens. Il y a une surreprésentation du suicide dans la profession médicale. Les Médecins se suicident bien plus que la population générale. Les résultats se passent de commentaires. Il convient néanmoins de rappeler qu'au sein de la Profession Médicale « à risque », les Médecins les plus concernés sont les Femmes, les Anesthésistes et les Psychiatres.

V - L'ANALYSE ETIOLOGIQUE

I - Les DIFFERENCES INDIVIDUELLES FACE au BURN OUT

1- Faut-il prendre en compte les différences individuelles ?

Pour MASLACH et LEITER, la réponse est catégorique : la cause du burn

out réside essentiellement dans l'environnement du travail et non pas dans l'individu. Selon ces spécialistes réputés, le burn out n'est pas un problème lié aux personnes (défauts de leur caractère, comportement, ou productivité) mais c'est un problème lié à l'environnement social dans lequel ils travaillent. [92]

Pourtant nombreux sont les chercheurs qui se sont interrogés sur l'existence des caractéristiques individuelles, et notamment de traits de personnalité qui exposent davantage au burn out que d'autres.

Les modèles explicatifs qui intègrent les variables individuelles sont au cœur de la théorie transactionnelle.

Pour FREUDENBERGER, en 1974 déjà, le burn out frappait des individus particuliers : ceux animés par des valeurs d'engagement social. [2] Et puis, toute une tradition de recherche, au-delà du domaine du stress, va considérer **la possibilité d'une vulnérabilité face au burn out.**

Les caractéristiques individuelles comprennent :

- Les caractéristiques sociodémographiques : l'âge et le sexe
- Les caractéristiques professionnelles : le niveau de formation, l'expérience
- **Les prédispositions liées à la personnalité : traits de caractère, style de coping.**

Ces caractéristiques individuelles ne sont pas toutes permanentes et définitives.

Certaines peuvent être acquises et renforcées, ou au contraire atténuées.

C'est le cas de l'auto-efficacité ou des stratégies de coping. **Agir à ce niveau constitue un enjeu pertinent autant au niveau théorique que pratique.**

Les dispositions considérées comme les plus stables sont les traits de personnalité rassemblés autour des facteurs du *Big Five* (cf. ci-après).

Les dispositions particulièrement intéressantes sont celles qui gravitent au tour de la notion de contrôle (type A, auto-efficacité etc.) car elles ne sont pas figées et peuvent évoluer en fonction des situations.

Enfin, nous évoquerons une perspective de SEMMER : observer la personnalité comme une hiérarchie de buts. [93]

2 - PLACE des Caractéristiques Individuelles dans le processus de burnout

Théoriquement, les caractéristiques individuelles agissent à plusieurs niveaux et on considère principalement 3 effets :

- **Effet direct** : Les caractéristiques influencent le burn out indépendamment des stressors de l'environnement.
Exemples : Le coping pro-actif réduit toujours les tensions ressenties, et contribue toujours au bien-être.
Inversement le névrosisme accentué est à l'origine d'une interprétation et d'un ressenti négatif des choses, d'un vécu des expériences plus désagréable et par conséquent d'un burn out plus élevé.

- **Effet médiateur** : La chaîne de causalité va alors du stresser au burn out en passant par la caractéristique individuelle concernée.
Par exemple, un conflit engendrera plus de tension chez un individu qui a un faible sentiment d'auto-efficacité.
On parle également d'effet médiateur lorsque la caractéristique module la probabilité de rencontrer un stresser particulier.
Les individus de type A sont compétitifs, agressifs et motivés par des ambitions sociales élevées et ont de ce fait plus de probabilité de se retrouver dans un environnement de travail exigeant et stressant.
- **Effet modérateur ou réactif** : la caractéristique change la nature de la relation stresser/burn out. Une charge de travail supplémentaire n'aura pas le même impact selon que la personne a un coping actif ou d'évitement.

Les différences individuelles sont donc associées à la probabilité de rencontrer des facteurs de stress, à la manière de percevoir le stress et aux capacités à d'y faire face.

Elles déterminent aussi les moyens dont dispose un individu pour agir une fois le burn out installé.

3 - Les Caractéristiques sociodémographiques

✓ Le Sexe : les hommes et les femmes face au burn out ?

La question sexe VS burn out n'a guère été abordée de manière systématique mais « en passant » dans nombreux ouvrages consacrés à l'épuisement professionnel.

La relation entre sexe et burn out n'est pas très solide : certaines études montrent que le burn out est plus élevé chez les femmes, d'autres montrent l'inverse.

L'épuisement émotionnel tend à être plus élevé chez les femmes. Leur amplitude horaire est moindre mais il est évident qu'elles portent une double charge : l'activité professionnelle et le poids des tâches domestiques et de la prise en charge des enfants.

Les femmes sont confrontées davantage au conflit famille/travail, une source importante de burn out.

La participation des femmes au monde du travail les a conduites naturellement à développer les mêmes aspirations que les hommes. Mais bien souvent elles se heurtent encore à des systèmes contrôlés par des valeurs masculines traditionnelles freinant leur promotion socio professionnelle.

Les hommes déclarent contrôler leurs émotions et répondent avec moins d'expressivité que les femmes aux problèmes auxquels ils sont confrontés.

Les femmes recherchent et utilisent plus le support social, et elles utilisent le support social extraprofessionnel. Les hommes utilisent moins le support social et s'ils l'utilisent, ils utilisent le support professionnel du manager pour élaborer des modes de coping. [94]

A noter qu'à des positions de managers équivalentes (latitude de prise de décisions, et de contrôle), les hommes et les femmes utilisent les mêmes stratégies, centrées sur la technique de résolution de problème.

En résumé, le burn out frappe différemment les hommes et les femmes mais ces écarts sont le résultat d'inégalités de valeurs sociales et culturelles et des modes de socialisation. Et à ce jour, les études n'ont pas pu mettre en évidence de lien statistiquement significatif entre la prévalence du burn out et le sexe.

✓ L'âge et l'ancienneté professionnelle.

Contrairement à ce que nous pouvons penser, le burn out ne progresse pas forcément avec l'âge, l'ancienneté professionnelle, avec le temps qui passe.

Les années cumulées n'aboutissent pas obligatoirement au burn out.

Une pointe de burn out est cependant observée dans certaines études dans les premières années d'insertion professionnelle.

Ce pic est compatible avec les jeunes volontaires de la *free clinic* de Freudenberg [2] ainsi qu'avec les premiers travaux de Maslach [47] qui rapporte l'apparition du burn out dans les 2 premières années chez les infirmières en psychiatrie et entre 2 et 4 ans pour les travailleurs sociaux.

Une des principales explications avancées à ce constat :

- **la confrontation à l'écart entre les attentes, parfois idéalisées, des jeunes professionnels et la réalité quotidienne**
- **l'absence initialement, de stratégies de coping adaptées mises en place**

Le fait de constater l'absence de progression du burnout avec l'âge et les années d'exercice cumulées peut étonner. Nous pouvons nous attendre à un effet cumulatif du stress avec des résistances moindres.

Pour expliquer l'absence de taux élevés à un âge plus tardif, nous avons retenu les hypothèses suivantes :

- Une révision des aspirations ?
- Une diminution de l'engagement ?
- Une acquisition et un renforcement progressif des compétences ?
- Une acquisition des moyens de coping, de capacités de faire face efficaces ?

A noter qu'il faut inclure dans le raisonnement hypothétique, la réorientation professionnelle, l'abandon de la profession par les professionnels épuisés et la mise à la retraite anticipé par invalidité, le décès, parfois par suicide.

✓ Le statut socio-affectif

Des études ont montré des scores de burn out élevés chez les personnes vivant seules, contrairement à celles qui vivent en couple.

Nous pensons de manière générale, qu'une situation personnelle stable et satisfaisante, ainsi qu'un épanouissement personnel sont des facteurs d'équilibre réels qui ne peuvent que retentir positivement sur l'individu au travail, qu'ils vive seul ou en couple.

Mais nous pouvons également penser qu'un conjoint puisse être un facteur d'équilibre et un soutien efficace permettant de partager et de mieux affronter les difficultés rencontrés au travail.

Pourtant, les études actuelles ne permettent pas de trancher.

4 – Les FACTEURS de PERSONNALITE

Il est possible de distinguer les traits de personnalité réputés stables, supposés transmis génétiquement des caractéristiques apprises et susceptibles d'évoluer au cours de l'interaction et des transactions entre l'individu et la situation.

Une notion nous semble essentielle, si ce n'est fondamentale: la personnalité intervient dans la perception du stress et dans sa gestion.

1. Burn out et « Big five »

Pour PERVIN et JOHN (2001), les traits de personnalité renvoient à la stabilité des façons d'agir, de penser et de ressentir. Selon ces auteurs : « le concept de trait réfère à la consistance des réponses individuelles dans une variété de situations ».

[95]

Et un individu est supposé se comporter de manière relativement constante au fil du temps et dans toutes les situations.

Les traits permettent de résumer, prédire et expliquer le comportement.

Cinq facteurs sont isolés de sources diverses des travaux dont ceux de Mc CRAE et COSTA qui vont les retenir sous le nom de « Big Five » (les 5 grands). [96]

Chaque facteur regroupe un certain nombre de traits plus spécifiques et dispose d'un pôle négatif et positif. Ils sont considérés comme stables au niveau individuel.

- L'extraversion évalue la quantité et l'intensité des interactions, le niveau d'activité, le besoin de stimulation et la capacité de se réjouir des choses.
- Le caractère agréable résume la qualité des relations interpersonnelles. Ce facteur est associé à des émotions positives et sans doute au support social reçu. En ce sens il protège du stress.
- Le facteur consciencieux évalue le degré d'organisation, de persistance et de motivation dans les comportements dirigés vers un but. Il est corrélé à la longévité par respect des règles d'hygiène et de prévention.
- Le NEVROSISME reflète l'instabilité émotionnelle. Il est défini par des sentiments négatifs tels que l'anxiété, la tristesse, la tension nerveuse. **Ces individus sont enclins à la détresse psychologique, aux idées irréalistes, aux désirs excessifs et urgents, aux réponses de coping mal adaptées. Des 5 facteurs du Big five, le névrosisme est celui qui partage la plus grande variance avec le burn out.**
- L'ouverture aux expériences : c'est la dimension qui évalue la recherche proactive et la valorisation des expériences, la tolérance et le goût pour ce qui n'est pas typique. Elle décrit la profondeur, la richesse de la vie mentale et des expériences d'un individu.

En Annexe 6 sont représentés les Facteurs du Big Five et les traits correspondants.

Traits et dimensions du Big Five et Stabilité ?

Mc CRAE et COSTA affirment en 1999, dans leur modèle théorique que les traits du Big five sont des éléments stables dans le temps. Pour eux, les dispositions à agir, les comportements sont déterminés génétiquement et ne sont pas influencés directement par l'environnement. [97]

Le débat reste ouvert et il est toujours d'actualité :

- Pour MISCHEL, les traits de personnalité n'ont pas de validité scientifique car les comportements qu'ils sont censés prédire varient en fonction des situations. Les études menées aboutiront à la conclusion suivante : Il y a constance des traits mais inconstance des comportements. [98]
- Les conclusions de PERVIN et JOHN sont les suivantes : Bien qu'il y ait des éléments de preuve de la stabilité générale des traits, les limites des influences de l'environnement sur le changement restent à déterminer. [95]
- D'après HOGAN et ONES : la personnalité détermine le choix vocationnel, la profession choisie. [99]

Nous pensons que les traits de personnalité sont prédéterminés mais non figés et susceptibles d'évoluer et en interaction avec l'environnement.

LIENS entre Facteurs du Big Five et Burn out ?

De façon constante et attendue le névrosisme est un des prédicteurs du burn out, en particulier de l'épuisement émotionnel : **Le névrosisme est associé à un épuisement émotionnel élevé.**

Toutes les études menées sur le Big Five et le burnout confirmeront cette hypothèse.

En résumé, les auteurs du Big five apportent des éléments de réflexion valables sur les traits de personnalité pouvant être corrélés au burn out.

Mais considérer ces traits comme des dispositions endogènes évoluant de manière intrinsèque, indépendamment de l'environnement nous paraît très réducteur.

Une conception qui envisage une évolution possible dans le temps (changement, adaptation..) en fonction du milieu, des situations et des expériences, nous paraît bien plus adaptée.

2. Hardiness : Un Profil de personnalité remarquable

Les traits de personnalité décrits par Suzanne KOBASA en 1982, sous le terme de **hardiness** auraient une influence positive sur les processus d'adaptation et un effet modérateur sur le stress. [100]

Une relation statistiquement significative a été montrée entre le manque de hardiness et l'épuisement professionnel.

La notion de Hardiness, que l'on peut traduire par endurance, solidité, robustesse psychique voire hardiesse désigne une caractéristique de la

personnalité qui a pour fonction de protéger le sujet contre le stress.
La hardiness est reconnue comme étant, parmi toutes les ressources personnelles, la ressource la plus puissante pour faire face au stress.

L'endurance recouvre 3 dimensions :

- L'engagement ou l'implication
- Le challenge ou défi
- Le contrôle

✓ **Le SENS de l'ENGAGEMENT** : tendance à **s'impliquer pleinement** dans les diverses situations rencontrées, à **se sentir concerné** par les événements, et à être **capable d'agir aisément** ce qui pour la personne **donne du sens à son vécu**.

Pour la personne qui a le sens de l'engagement, le travail est un plaisir.

Les événements, les objets, et les personnes sont reconnus comme intéressants et significatifs. Etre engagé requiert une croyance* à être pro-actif*, une tendance à passer à l'action, à aller de l'avant.

L'engagement est l'expression du potentiel d'un individu et s'oppose à l'aliénation, à la passivité, à la perte d'autonomie.

✓ **Le SENS de la MAITRISE** : croyance selon laquelle la personne peut **influencer positivement les événements qui se présentent à elle et est capable par son action et sa réflexion de faire évoluer les situations**. La personne a **confiance en elle et en sa capacité décisionnelle**.

Elle utilise une appréciation cognitive des facteurs de stress, les analyse, les interprète et choisit l'action qui permet de réduire au mieux les effets néfastes du stress.

Elle a le sentiment d'être libre et croit en ses actions investies au travail.

Atteindre ses objectifs au travail est possible.

✓ **Le SENS du DEFI** : perception, sans aucune crainte du changement. **Les capacités d'adaptation sont marquées**.

Le changement est perçu comme **un défi**, comme **un stimulus important** pour la croissance et développement personnel.

Le défi permet l'évolutivité des choses, la réalisation de soi et s'oppose à la perception d'obstacles, à la méfiance, à la sécurité, à la stabilité.

La personne qui a le sens du défi, s'ouvre au changement, elle est créatrice, innovatrice, aime la variété dans son travail. Elle est à l'aise avec toute forme de changement.

Les individus qui présentent ces caractéristiques sont mieux équipés pour affronter et vaincre des situations de stress.

Ils croient en ce qu'ils font et en ce qu'ils sont.

Ils sont fortement impliqués mais ont également la conviction de pouvoir agir sur leur environnement.

Ils s'engagent avec intérêt, envie et curiosité. Les changements représentent non pas des obstacles mais des défis.

Ils disposent de cognitions et de stratégies de coping permettant de mieux s'adapter au stress.

L'endurance n'est pas une caractéristique stable, mais elle peut évoluer à travers le temps et en fonction du contexte.

D'après KENDALL (2000), si le soutien social des supérieurs hiérarchiques ou de l'organisation renforce les initiatives et les performances, les employés verront s'accroître leur endurance. [101]

D'une manière générale, l'ensemble des résultats des études sont convergents : **les individus qui ont des scores d'endurance élevés souffrent moins du burn out. La solidité psychique de ces individus les rend capables de mieux appréhender les problèmes et de les réévaluer positivement.**

La notion de hardiness pourrait être une ressource de coping.

Le coping est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu. [26]

Les personnes dotées de capacités d'adaptation au changement ont plus de facilités à s'adapter à la vie hospitalière, et à la pratique professionnelle en général.

MADDI et KOBOSA ont montré que la notion de **hardiness est l'une des plus puissantes ressources de la personne pour faire face aux stress professionnels. [100]**

La *hardiness* n'agit pas directement mais l'individu agit sur son environnement par l'intermédiaire de **stratégies de coping qui sont principalement :**

- **La capacité de réévaluer les problèmes de manière positive**
- **La conviction de pouvoir agir sur eux de façon décisive**
- **L'appréhension positive des obstacles en utilisant des techniques de résolution de problèmes**

Aujourd'hui, l'ensemble des travaux menés sur la notion de hardiness en tant que ressource de coping, montre qu'un programme de renforcement de ce trait de personnalité permet de promouvoir la qualité du soignant, tout en diminuant de façon significative la perception de stress.

Il semble alors pertinent d'intégrer et de développer ces nouveaux modes de prise en charge du stress dans une politique de formation du personnel médical.

Les critiques attribuées à cette notion sont le manque de clarté et le rôle respectif de chacune des dimensions de l'endurance qui reste à déterminer.

3. Le sens de la cohérence

Notion large qui amène à percevoir son environnement et sa propre vie, comme compréhensibles, maîtrisables, prévisibles et structurés.

Notions de sens et de signification données aux situations, perçues comme parties intégrantes de la vie de l'individu.

L'endurance et le sens de la cohérence apportent un changement en psychologie et sont à l'origine d'une approche nouvelle : une « psychologie positive » [102]

Une approche qui recherche non pas, ce qui est négatif et vulnérable en l'individu et les institutions, mais au contraire une approche qui propose de se

tourner vers toutes les caractéristiques positives sur lesquelles il est possible d'agir pour soutenir, renforcer, consolider et protéger la personne.

4. Le profil comportemental de type A

FRIEDMAN et ROSENMAN, cardiologues américains ont conçu le type « A » (Type A Behavior Pattern) comme un ensemble cognitif et comportemental constituant un facteur de risque cardiovasculaire. [103, 104]

Les individus « type A » sont caractérisés par :

- Une implication et un engagement professionnel marqués.
- Des objectifs fixés élevés
- Un sens développé de l'urgence. Une rapidité d'exécution
- Une Polychronie : multiplicité des actions en même temps
- Une tension permanente par manque de temps. Une « course contre la montre ». Le temps n'est pas leur allié mais leur ennemi.
- Un goût prononcé pour la compétitivité avec une tendance à la rivalité. Une tendance à la réactivité, à l'agressivité.
- Une impatience, une irritabilité
- Des efforts importants et permanents dirigés vers la réalisation, l'efficacité, la productivité, le rendement, le résultat.
- Un désir de contrôle et de maîtrise très marqué.

Le concept de « type A » a été étudié et appliqué au stress et dans la survenue du burn out.

Le profil de type A suscite un intérêt particulier dans le monde du travail. Il favorise un comportement et des attitudes de plus en plus encouragés au travail car orientés vers l'efficacité professionnelle, et la performance fortement prisées par l'économie libérale.

D'après BURKE, les individus de type A occuperaient plus de postes à responsabilité et seraient associés à une identité professionnelle de type carriériste pour les hommes. [105,106]

Pourtant, il est considéré comme à risque pour l'état de santé d'un sujet, tant sur le plan cardiovasculaire que sur un plan psychologique.

LIEN entre Type A et burn out?

Le sujet de type A, risque, de par son investissement un coût personnel élevé. Il est souvent confronté à des difficultés relationnelles contribuant à un support social moindre.

Alors, s'il peut tirer un bénéfice réel de son efficacité professionnelle, avec une sensation d'accomplissement, c'est souvent aux dépens de déficits psychologiques, sociaux et physiques.

Les études aboutissent souvent à une même conclusion : le TYPE A est à RISQUE de Burnout. Et la principale dimension du MBI atteinte serait l'Épuisement Emotionnel (EE). Le burn out apparaîtrait lorsque les capacités de contrôle sont dépassées.

5. Le Locus of Control : LOC

C'est une dimension au cœur des théories sociocognitives développée par ROTTER en 1966. Le *Locus of control* rend compte du **lien que certains individus sont capables de faire entre leurs comportements et les événements de vie.** [107] ROTTER va définir le concept de Locus of control comme étant la **tendance relativement stable chez un individu donné à attribuer la responsabilité de ses succès ou de ses échecs à des facteurs internes (sous l'influence de sa volonté) ou à des facteurs externes (tels que la chance, le hasard, le destin, d'autres personnes).**

Les personnes qui ont un LOC interne pensent que ce qui arrive est la conséquence de ce qu'elles font (ou ne font pas). Elles perçoivent un rapport de causalité direct entre l'obtention d'un résultat et leur conduite. Ceux qui ont un LOC externe ne font pas ce lien.

Les résultats de nombreuses études menées avec l'échelle de ROTTER sont concordants et montrent que **le « contrôle interne » a un effet protecteur contre le stress et devient facteur de réussite.** Les sujets de type « contrôle externe » se sentent plus facilement stressés et sont plus vulnérables émotionnellement, voire anxieux et dépressifs.

Les individus qui ont un LOC externe ont un risque de burn out bien plus élevé que les individus à LOC interne.

Cependant si les sujets « contrôle interne » résistent mieux au stress et semblent plus protégés du burn out, ils s'adaptent plus difficilement aux changements qui leur sont demandés dans l'organisation du travail.

6. L'auto-efficacité

L'auto-efficacité est une caractéristique personnelle que LEITER (1992), CHERNISS (1993) et BANDURA (1997) se proposent d'étudier dans le cadre de l'émergence du burn out. [108, 109, 112]

C'est à la suite des travaux de ROTTER, qu'Albert BANDURA va introduire **l'auto-efficacité**, qui renvoie à une conception sociocognitive de soi [110, 111] et désigne :

« Les croyances en sa capacité à organiser et réaliser les conduites requises pour gérer les situations futures. Les croyances d'efficacité influencent la façon dont les individus pensent, ressentent, se motivent eux-mêmes et agissent » (BANDURA 1995). [111]

Selon BANDURA les croyances d'auto-efficacité ont un impact considérable sur les buts, les efforts fournis et l'énergie déployée, sur les émotions ressenties (lors de l'anticipation et de l'engagement dans une situation), les stratégies de coping adoptées, et finalement sur les performances d'un individu.

Les conséquences sont affectives, cognitives et comportementales.

LIEN AUTO-EFFICACITE et Burnout ?

L'auto-efficacité a un effet modérateur sur le processus de burn out. Les

individus à auto-efficacité élevée adoptent des stratégies de faire davantage tournées vers la résolution de problèmes, et non pas vers l'évitement par un coping de fuite.

Certains auteurs assimilent l'auto-efficacité à la 3^{ème} dimension du MBI : l'accomplissement personnel.

D'après BANDURA, l'Organisation peut agir sur l'auto-efficacité :

- Altération : surcharge de travail, exigences accentuées et accélérées, opportunités de formation limitées, faibles perspectives, déséquilibre insatisfaisant vie privée / vie professionnelle.
- Amélioration : restructuration du travail en activités significatives, rétablissement d'un sens donné au travail de l'individu, création de variété et de défi, mise en place d'opportunités pour parer au stress.

En d'autres termes : l'auto-efficacité n'a rien d'acquis et de figé mais évolue et peut être renforcée par un environnement favorable.

BANDURA considère que l'auto-efficacité se développe à partir de 4 formes d'influence :

- La pratique effective du contrôle
- L'expérience vicariante du contrôle
- La persuasion
- L'interprétation des états physiologiques et émotionnels

■ **La pratique effective du contrôle**

C'est la forme d'influence la plus déterminante. C'est la preuve et un indicateur direct de son aptitude. Mais il ne s'agit pas et ne suffit pas de répliquer des comportements habituels. En ce sens, atteindre un objectif trop facile ne contribue pas à accentuer l'auto-efficacité de manière significative.

Pour renforcer son auto-efficacité, l'individu doit avoir des moyens de contrôle et une latitude décisionnelle suffisante. Plus une structure de management autorise de l'autonomie et du contrôle, plus le sens de l'auto-efficacité sera élevé, plus le risque de burn out sera faible (LEITER, 1992). **[108]** Inversement, un risque de burn out élevé surviendra lorsque l'individu perçoit que d'autres contrôlent son travail, que les procédures à suivre sont immuables, qu'il ne peut s'attribuer le succès de ses actes.

■ **L'expérience vicariante du contrôle**

C'est le second moyen d'acquérir des croyances solides d'auto-efficacité.

Observer que les efforts constants d'autrui sont récompensés constitue un exemple à suivre et montre qu'il est possible de maîtriser les choses.

Une réserve : le modèle, pour influencer, doit être proche de l'observateur et doit être un objet d'identification.

■ **La persuasion**

Lorsque l'individu est persuadé par d'autres qu'il est apte à réussir, convaincu, il mobilisera ses efforts et les soutiendra.

■ **L'interprétation des états physiologiques et émotionnels.**

Selon BANDURA, les individus se basent sur ces états pour juger de leurs capacités et de leurs dysfonctionnements. Les tensions intérieures sont alors souvent

interprétées comme des signes de vulnérabilité et comme des risques de performances moindres.

Il précise que ce n'est pas l'intensité des réactions émotionnelles et physiques qui est importante, mais **leur perception et leur interprétation**.

7- Estime de soi

L'estime de soi se rapproche de l'auto-efficacité. Pour ROSSE, BOSS, JOHNSON et CROWN (1991) :

« L'Estime de soi au travail réfère à l'auto-évaluation de ses compétences et de sa valeur personnelle dans l'environnement de travail. Elle indique le degré selon lequel l'individu se perçoit capable, efficace et estimable ». [113]

Les caractéristiques d'une faible estime de soi sont :

- L'anxiété. L'abaissement des performances en situation de stress.
- L'abaissement des compétences sociales. Le manque d'initiative et d'assurance. Des aspirations plus basses
- La suggestibilité et les comportements de conformité
- Une altération des relations interpersonnelles : tendance à dépersonnaliser les collègues et patients pour accentuer leur sentiment d'accomplissement personnel.
- Un appauvrissement des ressources psychiques face au stress
- Une dépendance à l'égard d'autrui

4 – La PERSONNALITE comme HIERARCHIE de BUTS

SEMMER (1997) propose de **regarder la personnalité comme une hiérarchie des buts** :

« Une hiérarchie des buts allant de dispositions très générales (rechercher les états positifs, éviter les états négatifs), en passant par les valeurs, les identités de soi, les projets personnels, pour aller à des éléments plus spécifiques (par exemple, les tâches à réaliser) ». **[93]**

- Dispositions générales
- Les Valeurs : l'accomplissement de soi, le maintien des bonnes relations avec les autres, la justice, le pouvoir ...
- Les Identités : les différents rôles auxquels on s'identifie
- Les projets personnels : chercher à accomplir son travail avant les échéances, éviter de faire des choses hors de son contrôle ou d'agir en dehors de son champ.
- Les actions planifiées.

Pour SEMMER, le stress apparaît lorsque les buts sont entravés.

L'individu de « type A » a tendance à maîtriser et exercer un contrôle dans toutes les situations, y compris, celles qui sont impossibles à contrôler.

Un stress survient dès lors que le contrôle est menacé. Un but valorisé et entravé contribue à la survenue du burn out.
SEMMER considère que le burn out est lié à l'impossibilité de réaliser des objectifs élevés.

A buts déterminés identiques pour 2 individus, **la perception du stress dépendra de la valeur accordée à la réalisation de ce but.**

Les principales entraves à la réalisation des buts sont : la surcharge de travail, les interruptions fréquentes des tâches et les ambiguïtés de rôles.

Notion de Révision des Aspirations

L'abandon des motivations initiales est associé à un niveau de stress élevé et à un plus grand risque de burn out.

Pourtant pour SEMMER, la réduction des aspirations est susceptible d'avoir des effets bénéfiques. Selon lui, le maintien simultané des aspirations que l'individu avait initialement voulu atteindre, et des aspirations que la réalité du travail le contraint à adopter, va figer le sujet dans une position défensive. C'est une position qui consiste à éviter les désillusions futures dont la réévaluation n'aura rien de positif. Par contre, l'individu qui reconnaît ses aspirations comme trop élevées, tout en les reconsidérant dans le cadre de ses buts, de ce qu'il valorise, va alors rééquilibrer son engagement. SEMMER précise que souvent les conséquences de la révision des aspirations dépendent de la culture, du groupe d'appartenance ou du rôle social des individus : « Il est nécessaire de **considérer les processus individuels d'adaptation en relation avec la réalité, et pas seulement en tant que problème intrapsychique**, une tendance que l'on retrouve souvent dans les recherches sur le stress où les choses tendent à être regardées comme idiosyncrasiques* (...) et où l'on ignore **le fait que les interprétations du sujet sont façonnées par sa culture** ». [93]

**IDIOSYNCRASIE : Disposition personnelle particulière, généralement innée, à réagir à l'action des agents extérieurs.*

En CONCLUSION sur les Caractéristiques Individuelles vs Burnout :

Pour répondre à la question initiale : « Faut-il prendre en compte les différences individuelles dans le processus de burnout ? » OUI, nous le pensons réellement. Nous croyons en l'existence des facteurs individuels de vulnérabilité qui peuvent contribuer ou favoriser la survenue d'un burnout (le névrosisme du « Big five », le type A, le LOC externe...) D'autres facteurs sont protecteurs : hardiness, le sens de la cohérence, LOC interne, l'auto-efficacité... Ces caractéristiques individuelles sont évolutives en fonction de l'environnement et de la situation. Il ne s'agit en aucun cas de les retenir sans intégrer les effets de l'environnement professionnel. Néanmoins, il réside un intérêt considérable dans la reconnaissance et la compréhension de ces facteurs individuels, ainsi que de leur potentiel évolutif. Il émerge de applications nombreuses et variées dans la prévention face au burnout, qui sont par ailleurs des moyens de défense accessibles à tous.

II- ANALYSE DESCRIPTIVE des FACTEURS de STRESS en Milieu HOSPITALIER.

Le Secteur Hospitalier est un Univers complexe :

- Les échanges y sont riches avec des relations interpersonnelles nombreuses ; non seulement entre le soignant et les patients mais aussi entre les différents professionnels de santé.
- Les situations y sont variées, parfois inattendues, souvent difficiles.
- La part de l'imprévu par rapport à ce qui est programmé est très importante. C'est un travail Imprévisible dans son contenu et dans sa forme, qui limite fortement l'utilisation des capacités d'anticipation et dont la charge peut envahir et saturer les moyens du professionnel.

En d'autres termes, l'Hôpital est un lieu où les facteurs de stress sont nombreux, variables mais permanents et omniprésents dont certains ont été retrouvés régulièrement corrélés, et ce de manière significative au SEPS dans les études françaises et internationales.

A- Les Variables Personnelles

1- Les variables sociodémographiques

Il n'y a pas de corrélation entre l'EP et les variables sociodémographiques.

En ce qui concerne l'âge, comme nous l'avons évoqué précédemment, il n'y pas d'association statistiquement significative entre l'âge et le burnout mais il existe **un pic dans les premières années de l'exercice professionnel.**

Il semble que les plus jeunes soient plus vulnérables pour l'EE et le DP.

2- Les variables professionnelles

Aucune corrélation n'a été retenue entre le burn out et les variables étudiées telles que les titres, les formations, la fonction et le nombre d'années d'expérience.

Ces résultats peuvent surprendre car il serait logique de penser que des formations adaptées et une expérience acquise puissent constituer des facteurs de protection contre le burn out.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que le syndrome de burn out est d'origine **multifactorielle** et que les causes sont d'abord d'origine émotionnelle et psychologique.

Nous avons traité les autres variables personnelles de manière exhaustive dans le chapitre précédent.

B – Facteurs de Stress liés à l'ORGANISATION du TRAVAIL

Les 2 principaux facteurs de stress dû à l'organisation du travail qui émergent sont **l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles**.

✓ L'interruption des tâches

Le travail se complique dès lors qu'une tâche initiée est brutalement interrompue pour une cause imprévue. L'interruption d'une tâche est tellement fréquente en milieu hospitalier qu'elle est à peine considérée comme un dysfonctionnement. Pourtant selon Madeleine ESTRYN-BEHAR, les interruptions ne représentent que 10 à 20% des actes. **[85,86]** Ces chiffres nous paraissent personnellement faiblement estimés au regard de notre activité quotidienne.

Les conséquences sont multiples :

- C'est un obstacle à la gestion du temps ; la personne dérangée s'oblige et s'impose un effort supplémentaire important de concentration pour la reprise de l'acte initial.
- Les risques d'erreurs dues aux interruptions sont multipliés.
- Le caractère éclaté du travail engendre inévitablement une insatisfaction, et un sentiment de perte d'autonomie, perte de liberté, perte de maîtrise dans la gestion de son travail, la sensation de ne plus être « maître à bord de son navire ».

L'interruption des tâches est un facteur de poids dans la perturbation de l'organisation au travail.

✓ L'ambiguïté des rôles

Tout comme l'interruption des tâches, l'ambiguïté des rôles est courante en milieu hospitalier. C'est une confusion de fonctions qui oblige une personne à assumer un rôle qui dépasse son champ de compétences dont les limites définissent sa fonction. Et de ce fait la personne doit également endosser une responsabilité qui ne lui appartient pas.

La difficulté pour faire face à une situation forcément ambiguë engendre du stress. L'ambiguïté des rôles concerne moins souvent les médecins que les autres soignants. Elle engendre des perturbations organisationnelles complexes, d'une part sur une problématique de communication, et d'autre part, sur une perte d'identité professionnelle.

C – Les Facteurs de Stress liés aux CONDITIONS de TRAVAIL.

Les conditions de travail dans un service sont fonction de l'intérêt qu'y portent le Chef de Service et le cadre supérieur de santé.

Ces conditions ne sont jamais acquises car le cadre de travail est en perpétuelle évolution.

■ La Relation d'Aide

La relation d'aide est à la base de la profession du soignant et apparaît souvent comme la motivation première du choix du métier.

Il n'y a pas d'aide sans soutien moral : écouter, soutenir, comprendre, rassurer.

Une relation thérapeutique, la relation médecin-malade, ne peut se mettre en place que parce qu'il existe un sujet demandeur (de soin ou d'aide) et un autre qui accepte de répondre à cette demande.

Plusieurs définitions tirées de la formation à la communication et la relation d'aide reflètent les idées et les objectifs de cette relation particulière :

- C. ROGERS : « *Relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* ».
- BRAMMER : « *Aider est un processus qui facilite la croissance et par lequel une personne peut en aider une autre à croître dans la direction choisie par celle-ci* ».
- H. LAZURE : « *La relation d'aide vise l'un ou l'autre des objectifs suivants pour la personne aidée : traverser une épreuve, résoudre une situation de vie actuellement ou potentiellement problématique, trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant et détecter le sens de l'existence* ».

De par les efforts fournis par le soignant, le combat mené parfois, pour maintenir ou améliorer la qualité de vie du malade, **la relation d'aide est en soi une véritable cause de stress qui prend toute sa place dans l'histoire du SEP.**

■ La distance entre le Soignant et le Soigné

Pour le soignant, engagé au quotidien dans la relation d'aide, établir en permanence une authenticité relationnelle n'est ni facile, ni forcément naturel. Comprendre l'autre c'est parfois accepter de travailler dans l'inconnu, et sans repères. Les transferts empathiques sont parfois altérés par des barrages culturels, des schémas de représentations, des fonctionnements inconscients qui réactivent un vécu personnel parfois douloureux.

Pour construire une relation thérapeutique, il est indispensable de trouver la « bonne

distance » entre le soignant et le patient.

Nous pensons même que, pour une relation donnée, cette distance n'est jamais acquise. On ne peut la figer, la plaquer mais le soignant doit travailler pour réajuster en permanence cette distance qui risque toujours de déborder ses capacités de maîtrise. Et chaque nouveau malade sera une nouvelle histoire relationnelle dans laquelle le soignant s'expose.

Il existe des situations extrêmes mais fréquentes dans lesquelles la distance soignant-soigné n'est pas adaptée et ne permet pas une relation thérapeutique de qualité :

- Les soignants qui s'impliquent massivement risquent de réduire la distance parfois jusqu'à la fusion. Le malade est investi, aimé. Le soignant exprime alors clairement ses sentiments, se laisse déborder par les fonctionnements inconscients qui le gouvernent, revivant dans des projections et des identifications une autre histoire affective, la sienne.

Il témoigne d'un attachement exclusif et excessif hors de tout contrôle. Le Moi professionnel ne se différencie plus du Moi personnel et n'assure plus sa fonction protectrice. Les sentiments dominent et il devient difficile pour le soignant de faire la part des choses car le registre affectif l'emporte sur le professionnalisme.

Sur le terrain, un tel comportement compensé, nous donne des soignants dévoués, à l'écoute de leurs patients, disponibles, appréciés et sollicités par les malades.

- A l'inverse, lorsque le soignant s'épuise, le comportement et le savoir-faire initial à configuration affective s'est modelé avec le stress, les expériences éprouvantes, la lassitude, les déceptions, le temps, et lorsque le soignant a trop donné de lui-même. Ce savoir-faire se transforme en une rigidité défensive.

Le soignant s'endurcit, adopte des attitudes de froideur, de cynisme parfois jusqu'à paraître insensible voire inhumain. Il s'isole, fuit les patients, les équipes, les collègues. Il prend l'apparence d'un soignant démotivé.

L'épuisement professionnel a ceci de grave qu'il va jusqu'à transformer le comportement et le caractère du soignant, avec en particulier une difficulté sur le plan thymique qui va le desservir de plus en plus, non seulement vis-à-vis des patients mais aussi vis-à-vis de son entourage professionnel.

■ La Confrontation à la Souffrance et à la Mort

La confrontation à la souffrance et à la mort est aujourd'hui un des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel, surtout si elle se double d'une difficulté à être reconnue et tolérée.

Pour le Soignant et le Médecin cette confrontation est pourtant permanente et omniprésente.

Les sentiments d'impuissance, de culpabilité et de désespoir peuvent déstabiliser et vulnérabiliser un soignant. Ces sentiments peuvent être majorés en cas de souffrances intenses et marquées, en cas de chronicité, en raison de l'histoire du patient ou de son jeune âge ou encore du fait du caractère brutal d'un décès.

Le travail de soin comporte donc une charge mentale élevée qui renvoie toujours l'individu à son seuil de tolérance et à sa capacité à mobiliser ses

ressources personnelles.

A leur tour, médecins et soignants s'engouffrent dans leur mécanismes de défenses pour se protéger de l'ingérable.

La mort d'un patient nécessite un véritable travail de deuil. Accepter de perdre un malade quand on est médecin « s'apprend ». Il faut passer par certaines étapes pour qu'une perte devienne représentable puis acceptable. C'est un travail psychique indispensable avant de réinvestir dans ses autres prises en charge et incontournable dans la prévention du burnout.

■ Le Manque de soutien

Facteur de risque repéré et reconnu, le manque de soutien entretient le stress au travail. Il correspond d'une part à un manque de reconnaissance de son travail et d'autre part au fait de ne pas pouvoir s'exprimer ni être entendu sur des distorsions vécues, des difficultés rencontrés, des conflits perçus.

- Le manque d'échange et le manque de temps

L'échange est un moment précieux malheureusement trop souvent réduit.

Le manque de temps est une fausse bonne excuse pour éviter de réfléchir sur sa pratique.

Identifier ses difficultés et pouvoir échanger sur sa pratique diminue le stress. Toutes les études vont dans ce sens : le soutien a des effets modérateurs sur le stress perçu.

Agir plus vite, s'inscrit dans un processus de l'immédiateté qui régit notre quotidien avec des impératifs de soin qui prédominent et qui deviennent vite des mécanismes défensifs en évitant de s'interroger finalement sur sa pratique professionnelle.

S'arrêter pour réfléchir n'est jamais une perte de temps mais permet de donner du sens dans l'ère de l'exécutif rapide qui institutionnalise un savoir faire sans mots.

Inversement l'absence d'échange et la « non expression », faute de temps, perturbent et usent. Le « staff » des médecins en est une parfaite illustration. L'essentiel du temps est consacré à l'exposition de situations plus médicales que relationnelles, où prévaut la réflexion purement scientifique et technique aux dépens de la communication, du vécu du professionnel (émotionnel et subjectif) de l'évaluation, de l'analyse et des réflexions sur les pratiques.

- L'Altération de la Communication : les conflits et le cloisonnement.

✓ Les conflits ont toujours fait partie du monde relationnel.

Se positionner, s'affirmer, défendre un intérêt ou un idéal, c'est aussi parfois s'opposer et prendre le risque d'entrer en conflit avec l'autre.

Pourtant ces conflits absorbent une énergie physique et psychique considérable, souvent plus importante que le travail lui-même.

En milieu hospitalier, les situations conflictuelles sont inhérentes au système, au fonctionnement de groupe dont les individus sont uniques et ne partagent pas forcément les mêmes pratiques.

Travailler dans une mauvaise ambiance est un indice avéré de charge psychique et corrélé à l'épuisement professionnel.

✓ La communication en rupture repose sur des non dits et des enjeux de pouvoir qui n'améliorent en rien les conditions d'entente et de travail mais donnent au stress un rôle prédominant générateur d'isolement et **d'inclure**.

Cette notion essentielle du Typus Melancholicus décrite par TELLENBACH [114]

mérite une attention particulière car elle est à notre sens, à haut risque d'EP :

TELLENBACH a décrit dans son ouvrage *La Mélancolie*, en 1961, le **TYPUS MELANCHOLICUS [114]**

Le Typus Melancholicus présente un attachement à l'ordre, particulièrement retrouvé dans la sphère du travail. Ce **caractère ordonné** prononcé et constitutif du typus melancholicus est fortement encouragé et apprécié par l'entourage professionnel car il se manifeste par un travail consciencieux et un sens du devoir.

Il est complété par une autre caractéristique : ***une très haute exigence dans son propre travail, en ce qui concerne la qualité, mais aussi la quantité.***

Le mélancolique veut en faire beaucoup et le plus souvent possible et tient à maintenir son rendement.

Ces qualités manifestes peuvent dans certaines circonstances, se muer en entraves et en obstacles de nature parfois menaçante. Le bien-être du typus melancholicus est lié à sa capacité de travail.

Sa tendance est de « prendre » le travail, de se l'attribuer et de se charger de manière excessive sans jamais accéder à la sensation de satisfaction de ce qui est réalisé.

La menace pour le type mélancolique est le cercle pernicieux que constituent le volume et la précision du travail effectué.

Le plus souvent, le déséquilibre du typus melancholicus survient à l'occasion d'un accroissement de la quantité de travail ou d'un changement pour lequel, en raison d'une planification méticuleuse et chargée de son programme, le typus melancholicus ne dispose pas de place, ni de temps.

Le type mélancolique est enfermé ou s'enferme dans des limites qu'il ne peut finalement plus dépasser pour l'accomplissement régulier de ses ordres. Cette constellation caractérisée par le phénomène de l'INCLUDENCE est décrite par TELLENBACH comme un aspect pathogène décisif de l'altération endogéno-mélancolique.

L'INCLUDENCE est la situation de limitation dans laquelle le type mélancolique ne peut plus transcender par la façon d'agir, bien que pour lui tout en dépende du point de vue de son ordre; situation dans laquelle il ne peut se supporter.

Le typus melancholicus veut accomplir, et ce quelles que soient les circonstances, car son sens du devoir veut qu'il ne laisse rien de côté ; mais en même temps il est retenu par son caractère consciencieux et attaché à son goût pour l'ordre.

Une priorisation pourrait lui permettre de retenir ce qui est important et urgent, et de laisser de côté ce qui est secondaire mais il lui manque pour cela l'élasticité de la liberté. L'exigence demeure mais son observance à l'ordre empêche son accomplissement et sa réalisation de soi.

L'includence est l'incarcération dans l'auto-contradiction. *C'est une sorte de fermeture sur soi que même une volonté résolue ne peut briser.*

En quelques mots, le typus melancholicus veut, de part ses auto-

exigences et le sens de l'ordre, « trop faire » et « trop bien faire ». Non seulement l'accomplissement des charges qu'il s'impose devient impossible en soi, mais il s'épuise. La description précède d'une dizaine d'années, l'émergence du concept de burnout mais le typus melancholicus décrit par TELLENBACH est bien un type à haut risque d'épuisement sur un plan professionnel.

- **La loi du Silence**

La loi du silence est aussi une « loi » qui régit le monde hospitalier. Initialement instaurée pour le maintien du secret médical, elle oblige le soignant à s'engager et à se mobiliser entièrement pour son travail sans pouvoir remettre en cause le fonctionnement organisationnel et institutionnel. Et elle enferme le soignant dans une solitude qui peut s'avérer lourde.

III - Le MEDECIN, la MEDECINE et l'EPUISEMENT PROFESSIONNEL

1- Le MEDECIN

√ Le CHOIX de la MEDECINE

Les raisons qui motivent l'orientation et l'engagement en Médecine sont diverses et variées. Les principales raisons évoqués par les médecins sont généralement le désir d'aider sont prochain, l'intérêt porté à la science et à l'Être humain, la volonté de résoudre son propre questionnement par rapport à l'Être vivant, une confrontation personnelle (ou familiale) à la maladie, l'influence d'un environnement médical familial (favorable).

D'autres motivations peuvent être le statut social, le prestige, le besoin d'accomplissement professionnel ou la recherche d'un épanouissement intellectuel.

[115]

Quelles que soient les motivations, les études de médecine exigent des habilités intellectuelles, une motivation marquée ainsi que des capacités d'endurance pour faire face à la sélection initiale, à la durée des études et à la charge de travail.

Certains auteurs se sont intéressés aux influences du développement personnel et des trajectoires de vie dans le choix de la profession de médecin.

PARIS et FRANCK, comparent des étudiants en médecine et en droit. Ils constatent, après exclusion de ceux qui avaient choisi la même profession que leurs parents, que les futurs médecins avaient fait plus d'expériences de la maladie au sein de leur famille ou dans leur entourage proche. Les auteurs, évoquent l'hypothèse que l'orientation en médecine peut constituer une tentative de réparation de traumatismes antérieurs en offrant aux autres ce que l'on aurait voulu donner aux

siens dans le passé. [116]

Lors d'une autre étude, ELIOTT et GUY, comparent les trajectoires de vie des professionnels en santé mentale à d'autres professionnels. Ils notent une fréquence plus importante, chez ses professionnels de santé des traumatismes psychiques : éthylisme, deuil significatif, hospitalisation d'un parent en psychiatrie, dysfonctionnements familiaux. Ils soutiennent que des enfants « parentifiés » pourraient intérioriser un rôle de soignant et exprimer ce besoin non comblé dans leur profession ultérieurement. [117]

Il semble important, sans généraliser, que les médecins soient conscients et attentifs à l'existence possible de conflits non résolus de leur passé ou de leur histoire familiale. **Ces conflits peuvent emprisonner le professionnel dans une « mission impossible » et constituer une origine profonde d'un épuisement professionnel. Par contre, reconnus, ces conflits peuvent être analysés, travaillés et intégrés, sans retentir ou nuire à l'exercice de la profession ni à l'individu.**

✓ **La PERSONNALITE des MEDECINS**

La Personnalité des médecins est longtemps restée une « terre inconnue », une « boîte noire » et le médecin, un « inconnu de la Psychologie Médicale ». [118, 51]

Il a été observé que certains traits de personnalité sont retrouvés de manière plus fréquente chez les médecins que dans le reste de la population générale. [115, 119] Les chercheurs se sont intéressés à rechercher des traits de personnalité caractéristiques et ont tenté de dresser un profil, une « personnalité spécifique » du médecin.

Ces traits sont des variations de la normale et ne sont pas pathologiques. Ils se limitent par ailleurs, exclusivement à la sphère professionnelle. Ces traits, isolés, ne sont pas exclusifs ni même spécifiques de la profession médicale.

Il paraît alors pertinent de se demander si ces traits de personnalité ne constituent pas pour le médecin une vulnérabilité au stress ou aux troubles psychiques. Comme cela a été évoqué précédemment, on peut envisager que la vulnérabilité potentielle favorise l'orientation de la carrière professionnelle en médecine...

Les traits de personnalité fréquemment rencontrés chez les médecins, retenus par Karen LAMARCHE [83] et que nous allons détailler, sont les suivants :

- ✓ Le Perfectionnisme
- ✓ Le doute chronique
- ✓ Le sentiment de culpabilité
- ✓ Le sens exagéré des responsabilités
- ✓ Un esprit de compétitivité
- ✓ Un fantasme d'invulnérabilité
- ✓ Une mentalité de « sauveur »
- ✓ Un désir accru d'indépendance
- ✓ Un alexithymie

✓ Le Perfectionnisme

Le perfectionnisme, se demander à soi même la perfection, existe dans bien d'autres professions mais c'est un trait très répandu chez les médecins. [59, 60, 115]

□ Les Origines

Les origines renvoient aux controverses sur l'élaboration d'une personnalité en général avec la part de prédisposition génétique à présenter certains traits et le rôle de l'environnement du sujet.

Nous pensons que certains sont plus disposés que d'autres au perfectionnisme mais que l'éducation, la formation et l'exercice médical ainsi que la société favorisent, renforcent, attendent voire exigent ce type de trait de la part du médecin.

Dans l'éducation des « perfectionnistes », il semble que les attentes et exigences des parents soient élevées. Ainsi les parents, sont capables de transmettre à leurs enfants des modes de pensées et des comportements, de manière consciente ou non, de manière directe ou subtile. Ces enfants vivent dans une crainte permanente de ne pas répondre aux attentes, de décevoir.

Il en résulte dès l'enfance, une conviction de ne pas être à la hauteur, de ne pas avoir de valeur suffisante, de ne pas être suffisamment aimé tant que l'objectif, par ailleurs irréalisable, n'est pas atteint.

C'est la notion du « suffisamment bien / peut mieux faire ».

Le perfectionnisme qui persiste à l'âge adulte serait une façon de réagir à une faible estime de soi ou à un manque de confiance en soi.

En Médecine, le perfectionnisme est très encouragé, particulièrement valorisé, et attendu de la part du futur médecin. Ce trait est considéré comme une qualité qui pousse vers l'excellence. Les représentations du médecin par le monde médical et par la société contribuent à renforcer davantage encore et à ancrer ce perfectionnisme. [60]

□ Caractéristiques du perfectionniste

Le perfectionniste est souvent dans le doute et la remise en cause de ses compétences. Le manque de confiance qui en résulte l'incite à la prudence jusqu'à l'empêcher d'agir. Les critères trop élevés, les barrières trop hautes, inatteignables, les objectifs non réalisables et le souci du détail représentent des sources d'insatisfaction réelles et des obstacles à l'épanouissement professionnel.

La procrastination est fréquente. Le perfectionniste perçoit souvent des obstacles, rarement des défis.

En cas de stress associé, le perfectionnisme devient réellement vulnérable et à risque d'anxiété et de dépression.

□ Le Médecin perfectionniste

Le Médecin Perfectionniste a besoin d'être et/ou paraître parfait, infaillible, traduisant le désir d'être apprécié à la juste valeur de ses compétences et de son dévouement. C'est un médecin travailleur, consciencieux, rigoureux, organisé et persévérant. Le « perfectionnisme qualité » devient problème lorsque le manque de temps devient constant, lorsque le souci du détail altère ou fait perdre la vision globale, lorsque prioriser devient impossible et quand la crainte de l'erreur inhibe l'action.

Le médecin perfectionniste a (et souffre d') une conscience professionnelle marquée. [120] Il entretient dans sa quête de la perfection des normes parfois irréalistes. [115] Les médecins perfectionnistes sont rarement capables de s'autoriser du temps pour eux et ont tendance à différer et à remettre à plus tard les loisirs et vacances. Ils éprouvent un sentiment d'obligation de disponibilité fort et permanent qui induit une culpabilité fréquente par un sentiment (inadapté) de manque d'engagement professionnel ou (paradoxalement) de négligence des patients. La crainte d'effectuer une erreur est omniprésente et les auto-attributions en cas d'échec sont quasi-systématiques.

Cette caractéristique est présente, bien qu'à des degrés variables, chez de très nombreux médecins. Ce trait de personnalité est aussi responsable d'une vulnérabilité indéniable au stress. Ces médecins vivent déjà, à l'état basal (en l'absence de « facteur de stress »), dans un état de stress permanent. En effet, leurs exigences élevées sont en elles-mêmes source de stress. Leurs capacités de faire face à des facteurs de stress supplémentaires s'en retrouvent très diminuées car leurs réserves sont moindres et leur perception altérée.

Ces médecins sont plus à risque de difficultés relationnelles, de conduites addictives, d'épuisement, de dépression, de suicide. [115 ,119]

√ **Le doute chronique**

Il n'est pas rare de rencontrer des médecins, pourtant fortement respectés et reconnus par les confrères, les collègues et par les patients pour la qualité de leur travail, mais qui sont dans le doute permanent et chronique de leurs compétences professionnelles. [115]

Le doute lorsqu'il est bien dosé peut être particulièrement positif et bénéfique dans la pratique médicale [60] car il permet en particulier de remettre en cause un diagnostic erroné, d'ajuster la thérapeutique. Le doute favorise la rigueur, le temps de réflexion suffisant dans la prise des décisions. Et au sens large, la remise en question permettra au médecin une réévaluation de ses compétences en vue d'une amélioration de sa pratique.

Lorsque le doute est excessif, il devient alors obstacle à la prise de décisions en raison de la crainte de faire des erreurs qui amène à un exercice médical défensif. Il en résulte une anxiété chronique et une altération de la perception de soi, qui peut à long terme être à l'origine d'une baisse réelle des performances [121] alors que les capacités initiales sont bonnes voire élevées.

Le Syndrome de l'imposteur est un doute chronique marqué associé à l'incapacité par la personne de s'attribuer le mérite de son talent ou de sa réussite professionnelle. La personne pense avoir réussi, non pas du fait de son talent ou de ses qualités personnelles intellectuelles propres mais par le fait du hasard, par une succession d'évènements qu'il attribue à la « chance ». Le caractère pathologique est marqué par une souffrance et la conviction presque délirante de tromper l'autre en permanence, et d'être un jour démasqué « pour ce qu'il fait et pour ce qu'il est vraiment ».

√ **Un sens exagéré des responsabilités et des sentiments marqués et fréquents de culpabilité**

Le doute chronique, le sens exagéré des responsabilités et la culpabilité sont souvent liés et intriqués, formant chez les médecins une véritable triade compulsive

[115].

Au niveau des responsabilités, certains médecins souffrent d'un professionnalisme pathologique. **Ces traits renvoient de nouveau à la notion des attributions déficientes et d'un défaut de raisonnement par hypothèses.** Ces médecins se rendent responsables et s'attribuent toutes les évolutions défavorables possibles et imaginables du patient : complication, effet secondaire d'un traitement, non observance, non adhérence au suivi, chronicisation de la maladie, rechutes ou récurrences jusqu'au suicide d'un patient.

Paradoxalement ces médecins s'inquiètent souvent bien plus pour leurs patients que les malades eux-mêmes. L'autocritique poussée parfois à l'extrême fait émerger une culpabilité envahissante et permanente, source réelle de souffrance au travail. Le cercle devient vicieux. Ces traits renforcent encore les sentiments de doute sur leurs compétences, l'altération de l'estime de soi, les sentiments d'impuissance et de frustration. En terme d'énergie, l'investissement est initialement accru mais les réserves s'épuisent car elles ne sont jamais rechargées [121]. La perte de sens de leur travail, intimement liée à l'émergence de la souffrance, à l'abandon des aspirations initiales et aux objectifs fixés irréalisables, si elle est non reconnue et non accompagnée, va conduire à l'épuisement du médecin, à la dépression, au suicide.

[118]

✓ **Un esprit de compétition**

La compétition est instaurée dès le début des études médicales pour viser l'excellence, l'élite par le concours de PCEM1. Et plus tard, par le Concours d'Internat, actuellement dénommé Examen National Classant (ECN). Cet état d'esprit ancré, persiste de manière générale après les études médicales, renforcé par la concurrence des postes et des promotions au cours de la carrière ultérieure.

Les critiques sont fréquentes, graves parfois ; les revalorisations, les compliments, la reconnaissance, le soutien sont rares.

Il en résulte parfois souvent un climat de méfiance plutôt que de confiance envers ses confrères, un manque ou une absence de confraternité plutôt qu'une solidarité et une entraide. [122] Cet état d'esprit fragilise et divise le corps médical et il est susceptible de majorer le stress professionnel. [51, 123]

✓ **Le désir de toute-puissance et le sentiment d'invulnérabilité**

Le désir plus ou moins refoulé de toute-puissance est présent chez de nombreux médecins. Il s'associe à un fantasme d'invulnérabilité, un besoin de contrôle et de maîtrise absolue, probablement lié, ou pour le moins renforcé par les représentations du médecin par le corps médical, par la société. [51]

Les conséquences peuvent être désastreuses et desservent considérablement les médecins au niveau de leur état de santé, tant physique que psychique, car elles sont à l'origine de l'absence de vigilance par rapport à ses besoins et du déni ou de l'indifférence par rapport à la fatigue, à la maladie. [120]

Rapportée au stress, cette abnégation conduit indéniablement à des tentatives de dépassement de leurs capacités au risque évident de s'épuiser.

✓ **Le BESOIN d'être AVANT TOUT « Bon Médecin », même avant d'« Etre Soi »**

Pour de nombreux médecins, le plaisir de la vie dépend de manière excessive voire exclusive de la satisfaction et de l'épanouissement professionnels, aux dépens de leurs qualités d'être humain, parfois au détriment de leur identité.

DELBROUCK évoque « la compulsion à vouloir sauver le monde au risque de s'y perdre et de sombrer dans un effroyable épuisement professionnel ». [121] Certains médecins ont la conviction que prendre soin de soi, satisfaire ses besoins, avoir des activités plaisir, n'est pas en congruence avec une image de « bon médecin ». Ces médecins ont un besoin irrésistible de prouver aux patients, au corps médical, à la société, à eux-mêmes qu'ils sont bons, avisés, bienveillants et efficaces.

✓ L'indépendance

Le médecin est indépendant par nature, par formation, par habitude, par nécessité et/ou par obligation. [120] Il est responsable, prend le plus souvent seul ses décisions. Il lui est très difficile de déléguer en cas de surcharge de travail. Demander de l'aide pour des difficultés d'ordre professionnel exige de sa part des efforts considérables. Et s'il s'agit de sa santé, et d'autant plus psychique, l'objectif devient presque mission impossible.

✓ L'alexithymie

Les médecins sont réputés pour avoir des difficultés à exprimer, à extérioriser et à gérer leurs émotions. [60] Une des hypothèses pouvant contribuer à ce résultat est le conditionnement des futurs médecins lors de leur formation : établir les distances et « ne rien laisser paraître ».

✓ Nous pensons que d'autres traits peuvent être retrouvés comme une haute estime de Soi, un besoin de reconnaissance sociale, une ambition socio-professionnelle accrue, le sens de la gravité, le « vouloir tout faire soi-même » avec une incapacité de déléguer mais ils sont très souvent intriqués dans un « tout syncrétique ».

Les Médecins présentent à l'évidence un Ensemble des traits de personnalité qui leurs sont spécifiques. Cet ensemble de traits représentent à la fois sa Force mais également sa faiblesse. Nombre de ces traits sont s'ils sont bien dosés, des qualités et des ressources idéales pour exercer la profession de manière optimale (car ils sont à l'origine de la rigueur, de la conscience professionnelle, de la qualité de la réflexion, de l'analyse et du raisonnement, de l'engagement et de l'investissement dans la fonction, de l'évaluation de sa pratique professionnelle...).

Paradoxalement ces traits lorsqu'ils deviennent excessifs ou associés à des facteurs de stress supplémentaires ils peuvent devenir leur principal ennemi et présenter un risque d'épuisement ou de rupture de l'intégrité psychique. Il nous paraît indispensable de les considérer au même titre que les facteurs de stress environnementaux et ce dans une approche interactionnelle.

✓ Le MEDECIN : un Malade pas comme les autres...

Il semble que le comportement des médecins face à leur propre état de santé soit

rarement rationnel. Nous pensons que le médecin malade ne doit pas être considéré comme les autres malades.

Le médecin malade nécessite une vigilance et des précautions bien particulières car il est « à haut risque ». Il risque fortement de ne pas accéder aux soins nécessaires, de ne pas bénéficier d'une prise en charge optimale, ni être suivi au même titre que les autres. Ceci est lié à sa profession, à sa personnalité, aux représentations dont il fait l'objet ; mais également au retentissement potentiel et aux conséquences possibles de la maladie sur son exercice professionnel. [122, 124, 125]

1- La prise en charge médicale des Médecins

✓ **Le Médecin Traitant**

En France, avant la réforme de l'Assurance Maladie de 2005, qui implique pour chaque assuré de désigner un médecin référent, toutes les études montraient le même résultat : 90% des médecins généralistes n'avaient pas de médecin traitant. Il est possible de s'attendre à des chiffres comparables pour les médecins spécialistes. Fin 2006, 80% des médecins avaient déclarés leur médecin traitant mais dans plus de 80% des cas, ils se sont désignés ou ont désigné leur associé. [125, 136]

Pourtant plus de 50% des médecins ne pensent pas être un bon médecin pour eux-mêmes. Nous constatons là, un aspect paradoxal.

Il semble bien que cette que **cette déclaration rendue obligatoire par une réforme n'ait pas été suffisante pour convaincre les médecins à changer leur comportement face à leur propre état de santé.**

Et est-ce que les médecins qui ont déclaré un médecin référent vont réellement le consulter en cas de besoin ?

✓ **L'auto prescription**

Il est logique, cohérent et légitime de penser que les médecins n'ayant pas de médecin référent, recourent très largement à l'auto- prescription. Les études réalisées vont dans ce sens et confirment l'étendue de la pratique au sein de la profession médicale. Dans l'Etude de Hem, parmi les médecins norvégiens ayant pris des médicaments au cours de la dernière année, 90% déclarent avoir utilisé l'auto-prescription. [127]

En France, le Quotidien du Médecin publie un questionnaire (589 répondants, 62% généralistes) qui confirme la très large pratique de l'automédication chez les médecins : moins de 1% déclarent ne jamais y recourir, 40% très souvent, 32% y recourent toujours. [128]

Dans l'Etude de Laurence GILLARD en 2006, sur les médecins libéraux en Ile de France : 90% déclarent ne pas avoir de médecin traitant, 86% se prescrivent leur propre traitement psychotrope et 31% déclarent ressentir le besoin d'un soutien psychologique. [125]

✓ **L'arrêt maladie**

SCALLY publie une très vaste Etude menée sur des médecins hospitaliers et libéraux, à Londres (Lancet, 1996). Il constate qu'à niveau d'études comparables, les médecins prennent moins de congés maladie par rapport aux autres professionnels. [129] Ces résultats ont été confirmés par de nombreuses publications en France ainsi qu'en Europe. [55, 125, 130]

S'agit-il d'une culture du travail ou est-ce la crainte que l'arrêt retentisse sur les

patients ou sur les collègues qui devront absorber une surcharge de travail (contrat moral entre confrères) ?

Ou s'agit-il de dissimuler un état pouvant être considéré comme une faiblesse ... ? Plusieurs interprétations sont possibles.

2- La Maladie

Le Médecin Malade est très en difficulté pour estimer et diagnostiquer les troubles qu'il est susceptible de présenter. Et s'il est capable de reconnaître les symptômes, il aura tendance à les sous-estimer, les négliger, à les nier. Des facteurs personnels, professionnels et culturels viennent renforcer cette attitude que les médecins adoptent vis-à-vis de leur propre état de santé.

- **La dénégation ou le déni**

Les facteurs étiologiques responsables du déni sont multiples et variés et se situent à des niveaux bien différents de part leur poids, leur mécanisme ou niveau d'action. **La surcharge de travail et le manque de temps** n'encouragent pas le médecin à penser à sa propre santé pendant le temps restant.

Tout comme la prise en charge des proches, un médecin **manque d'objectivité** dans l'analyse de ses symptômes. L'exposition quotidienne aux souffrances des patients, dont certaines sont graves, peut être à l'origine d'une certaine désensibilisation par rapport à sa propre souffrance qu'il peut considérer comme moins importante ?

La déformation professionnelle consistant à toujours devoir imaginer le pire peut être à l'origine de mécanismes de défense, et de la crainte excessive d'une maladie grave contre laquelle il se défend ? Le sentiment de toute puissance peut également intervenir ou renforcer le déni.

Enfin, et surtout, il a la crainte du retentissement d'une altération de son état de santé sur son exercice professionnel. Il y a chez le médecin une véritable confusion entre état de santé, capacités, compétences et aptitudes professionnelles, bien qu'ils soient liés.

Toute altération de son homéostasie est vécue comme une défaillance, un échec, avec la crainte d'une altération de son image, d'une stigmatisation de la part des patients et du corps médical jusqu'à la crainte de ne plus pouvoir exercer.

Le Médecin peut, pour toutes ces raisons, être considéré comme « **Un Malade pas comme les autres** ».

De manière générale, il nie la fatigue, sous-estime les symptômes et banalise les répercussions possibles sur sa santé. Lorsque la pathologie s'impose, il continuera bien souvent à nier l'évidence. [122, 123, 124, 131, 132, 133]

En ce sens, **le médecin au lieu d'être son meilleur ami, est en quelque sorte son principal ennemi.**

- **Les Représentations et les Enjeux**

Au niveau de la Société, les représentations sont fortes. Elles sont à l'origine de la considération et du respect à l'égard de la profession. Mais les attentes le sont également et chargent considérablement les médecins.

Les médecins sont censés être solides, forts, si ce n'est infailibles sur le plan physique sans aucun doute, sur le plan psychique davantage encore. La vulnérabilité, la faiblesse, la faille d'un médecin ne sont pas compatibles, pas congruentes avec la compétence et ne sont de ce fait pas acceptés ni acceptables.

[55, 74, 134] Un « bon médecin » est avant tout un médecin en bonne santé, et s'il ne l'est pas, on attend de lui qu'il surmonte vaillamment et rapidement un état de déséquilibre transitoire. Ces attentes et représentations « inatteignables », vont entretenir et renforcer chez les médecins le déni, et les efforts investis pour dissimuler les troubles s'ils sont conscients et reconnus.

Le médecin souffre d'une étiquette « VIP » qu'on lui attribue. Elle accentue fortement la stigmatisation du médecin malade. Ce « **VIP Syndrome** » favorise l'isolement, limite l'accès aux soins et complique la prise en charge.

Au niveau du Corps Médical, les représentations et attentes ne sont pas moindres et pèsent peut être davantage encore. Nous pensons que **le médecin fait partie d'un Corps « avant de faire partie du sien »**. Il doit défendre, de par ses compétences et de par son état de santé une « Image de Médecin » compatible avec des critères de qualité élevés et un niveau d'exigences hautement situé.

Dès son entrée dans la confrérie, toute défaillance, et ce quelle qu'elle soit, sera considérée par ce corps comme une faiblesse et par extrapolation (inadéquate par ailleurs), comme un handicap puis une incompétence. **[135]**

La stigmatisation alimentée par les moyens de défense tels que le jugement, l'ignorance et les attitudes discriminatoires sont une réalité douloureuse mais quotidienne au sein de la communauté médicale.

Elle est d'autant plus forte et grave en cas de troubles psychiques. Une pathologie physique peut encore être concevable, éventuellement acceptable. Un problème de santé psychique, comme pour un patient, mais davantage encore pour un patient médecin, change la donne. Les risques de perte de crédibilité, de discrimination voire de rejet sont majeurs. **[135]** Les conséquences sont évidentes à l'origine d'un cercle vicieux : isolement, sentiment d'être discrédité, de solitude, de dévalorisation, avec une accentuation réelle de la souffrance psychique*. Il est évident, que les choses se compliquent bien plus encore lorsqu'il s'agit d'un Médecin Psychiatre souffrant de troubles psychiques...

Les craintes du médecin malade sont nombreuses et multiples : les démarches parfois insurmontables pour bénéficier des indemnités journalières, la crainte du jugement, d'être « démasqué » par les patients, à la pharmacie ou en salle d'attente, sans oublier la crainte majeure de la non-confidentialité à son égard.

Mais la principale crainte du médecin malade est paradoxalement le retentissement de sa maladie au niveau du corps médical : crainte d'une sanction, de mesures disciplinaires jusqu'à la perte du droit d'exercer sa profession. **[136, 137, 138]**

Il est aisé de comprendre que les obstacles et les risques sont suffisamment importants pour favoriser le repli, le silence et qu'ils ne facilitent pas une demande d'aide ou de prise en charge.

En ce qui concerne la Famille, malgré l'amour, le soutien et la présence des siens à son égard, le Médecin est seul. Seul face à la maladie ; seul avec sa souffrance ; seul avec ses craintes. Le médecin a également une position, un statut, une image, un rôle bien particulier au sein de sa famille; une famille qu'il souhaite préserver,

ménager, protéger, ne jamais décevoir.[122] Il développe une pudeur excessive, présente même vis à vis des plus proches.

✓ **Les Conséquences de la Maladie**

« *Les cordonniers sont les plus mal chaussés* »...

Face à une menace pour leur santé ou à un problème de santé constitué, les médecins ont tendance à « se gérer » seuls.

Ils ont développé des capacités d'adaptation aux difficultés qu'ils rencontrent et « s'adapter à » devient une habitude qui va s'ancrer dans leur mode de fonctionnement au quotidien. De manière générale, un médecin en difficulté ne va pas demander de l'aide, encore moins consulter mais compenser un manque, combler une faille en accentuant bien souvent davantage encore son investissement au travail au détriment de son temps libre ou de son sommeil.

Un médecin en difficulté, fatigué ou en souffrance est un médecin qui s'isole, se réfugie bien souvent dans un surinvestissement au travail. Et s'il reconnaît son trouble, il s'auto-diagnostique, s'auto-médiq ue, va abuser d'une substance avec le risque de dépendance, s'épuise, retarde sa prise en charge avec le risque d'installer un état pathologique avéré ou d'aggraver une maladie déjà présente. [74, 136, 139] Et les quelques médecins qui consultent, le font très souvent de manière informelle, auprès d'un ami confrère, entre 2 portes « à la sauvette » ou à travers un entretien téléphonique. [121, 122]

Les absences aux rendez-vous fixés sont fréquentes et le manque d'observance des prescriptions thérapeutiques est courant.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que le médecin malade peut être considéré comme un **malade à risque élevé** en termes de prise en charge, d'accès aux soins, de suivi.

3 – La Prévention de l'Etat de Santé des Médecins

En termes de dépistage, les médecins sont plutôt « bons ». Les médecins femmes ont réalisés un FCV dans les 3 ans dans 80%, une mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein dans 75% des cas. Les médecins hommes de plus de 50 ans ont effectués un dosage de PSA dans plus de 70% des cas.

Par contre, comme nous l'avons vu précédemment, les médecins ont rarement un médecin référent. D'après l'étude de Laurence GILLARD, 90% des médecins généralistes n'ont pas de médecin traitant. [125] Et les médecins hospitaliers ne sont le plus souvent pas suivis par la médecine du travail. Lorsqu'ils sont convoqués, ils trouvent un moyen de ne pas s'y rendre.

Paradoxalement ce sont les seuls salariés hospitaliers qui « échappent » la médecine du travail. Exceptée la visite médicale en PCEM1, sur toute leur formation, seule une visite de la médecine est obligatoire : avant la prise des fonctions d'Interne et encore il y a moyen d'y déroger en pratique. [126] Pour les médecins qui passent le concours de Praticien Hospitalier, ils doivent présenter un certificat d'intégrité physique et mentale et d'aptitude aux fonctions (certificat de complaisance, le plus souvent).

En conclusion, voici ce que nous pouvons dire et retenir sur le Médecin et sa santé : Le médecin est bien « un malade pas comme les autres ». Nous pensons que le Métier de Médecin peut être considérée comme une Profession à Risque de par :

- **La « Cécité professionnelle » dont il est en quelque sorte victime du fait son manque d'humilité et d'objectivité face à son propre état de santé. Le déni fréquent**
- **La forte stigmatisation dont il souffre en raison de la représentation du médecin dans la société mais aussi sur un plan confraternel, d'un niveau d'exigences très élevé et de tolérance faible en cas de faille, de faiblesse.**
- **Le manque de soutien de la part du corps médical et une confraternité devenu parfois utopie. La crainte ultime de ne plus pouvoir exercer la profession dans laquelle il s'est engagé ...**
- **Des traits de personnalité à l'origine à la fois de ses qualités professionnelles mais aussi d'une vulnérabilité indéniable. L'isolement et la solitude qui en résulte, facteurs aggravants.**
- **Une prise en charge peut être bienveillante mais déficiente car difficile...**

3- La MEDECINE

√ La Formation Médicale

La Formation Médicale, n'est pas en France, un long fleuve tranquille mais bien un parcours long et difficile : un **parcours du combattant**. [122]

Les étudiants qui entrent en première année de médecine sont le plus souvent des étudiants performants issus de la filière scientifique qui ont obtenu leur baccalauréat avec mention. Fiertés de leurs parents, nombreux sont ceux qui s'orientent en Médecine sans avoir pris réellement connaissance, ni même conscience des tenants et aboutissants de l'orientation professionnelle pour laquelle ils se sont engagés. Bons, très bons voire excellents élèves de leurs classes au Lycée, reconnus pour leurs performances, ils se retrouvent en PCEM1, non plus individualisés mais comme noyés dans leur promotion.

Dès lors commence une rude mise à l'épreuve de leurs capacités d'endurance, d'investissements en temps et énergie, de leurs capacités d'abattre du travail (sans se laisser abattre), de tolérance, de leurs moyens de faire face aux obstacles en général, au stress en particulier, de leur force mentale.

Les étudiants sont soumis au concours de première année : un travail intellectuel lourd et une charge de stress considérable, car au terme d'un 2^{ème} échec consécutif, l'étudiant doit renoncer à la profession médicale et l'obligation de changer d'orientation s'impose.

L'ambiance est loin d'être propice au Bien-être : le numéris clausus et la pression de sélection qui en résulte font émerger un environnement hostile, un climat de compétition et d'individualisme. Par ailleurs, l'objectif est non pas de réussir, mais de « se classer », se placer parmi les meilleurs de sa promotion et par conséquent il est demandé d'être meilleur que 'les autres'.

La première année franchie, le combat ne s'arrête pas là, car les étudiants vont devoir affronter, dès l'externat, l'Examen National Classant (ECN) où le 'choix' de leur spécialité dépendra non pas de leur désir, de leur motivation, ni de leurs qualités ou compétences personnelles adaptées à la spécialité souhaitée, mais de leur rang à l'ECN.

Pour ceux d'entre eux qui ont franchi les obstacles, l'internat et la découverte de l'exercice hospitalier constitue enfin, à BAC + 6 voire 7 ou 8, l'occasion de se confronter au travail clinique véritable.

C'est aussi parfois le moment de **la prise de conscience d'une inadéquation, d'une incongruence : l'écart entre les aspirations et la réalité de terrain. [122]**

Le décalage entre l'idéal de l'étudiant en médecine et la réalité quotidienne de la profession de Médecin peut être douloureusement vécu. On parle **d'effondrement du rêve humaniste.**

Cependant nombreux d'entre eux ont l'espoir d'être plus tard récompensés pour leur travail par un épanouissement professionnel à venir, un équilibre de vie ultérieur. Le jeune médecin va ainsi, différer et retarder une gratification espérée, en laquelle il croît et doit croire pour tenir, étant donné le manque de satisfactions personnelles actuelles.

En effet, la formation médicale, encourage, valorise, reconnaît, promeut **engagement et investissement professionnel, compétition et performances. Ce sont les « workaholics normes ». [59, 74, 139]**

Les attentes et représentations de la part du Corps médical, de la Société sont telles qu'ils se doivent d'endurer la privation de sommeil, de faire face à(en) toutes circonstances et ce parfois (souvent) au détriment de leur équilibre personnel (physique et/ou psychique, cognitif et affectif).

L'état d'esprit communément partagé mais tacite est le suivant : pas de place pour les maillons faibles, pour la faille, ni même pour la vulnérabilité, qu'elle soit physique ou psychique, cette dernière encore moins tolérée. Un médecin se doit d'être, et ce en permanence, au maximum de ses capacités.

La « **hardiness** » (endurance, solidité, robustesse) est favorisée, valorisée, attendue de la part des Médecins. **[140]**

L'endurance se manifeste lorsque le médecin doit « tenir bon », « tenir le coup » et ce manière inconditionnelle, quelles que soient les circonstances, la situation, et peu importe son état personnel (fatigue, humeur, épuisement, maladie). La solidité et la robustesse s'expriment au travers d'une hyperactivité professionnelle en réaction à une surcharge. Paradoxalement ces moyens de défense deviennent un critère de sélection des médecins. Mais cet hyper-investissement initialement conscient, peut conduire à l'aggravation des vulnérabilités personnelles, à l'isolement, au déni, et plus généralement à la souffrance des médecins.

En 2003, une Thèse de médecine soutenue à Reims, souligne un mal être chez 50% des étudiants en fin de cursus. La remise en cause des motivations initiales de leur orientation professionnelle semble être fortement impliquée : 20% des étudiants

ne s'engageraient pas dans des études médicales si leur choix était à refaire. Aux Etats Unis, en 1989, KIRSLING et KOCHAR ont examiné, dans leur revue de littérature, les désordres psychologiques qu'ils désignent comme des signes de détresse qui montrent la nécessité d'une méditation de la formation médicale. [141] En Australie, WILLCOCK a étudié l'épuisement professionnel des Internes et leur évolution du début jusqu'à la dernière année de l'Internat. Il démontre l'existence d'une augmentation significative des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation en fin d'internat. [142] Les étudiants qui avaient une estime élevée d'eux même (« image héroïque »), un altruisme marqué ainsi qu'une confiance en leurs capacités (« pouvoir de guérison ») sont en fin de cursus réalistes, voire empreints de désillusion, ceci favorisant l'épuisement professionnel.

✓ L'Exercice médical

Fort heureusement la majorité des Médecins sont satisfaits de la profession qu'ils exercent.

Néanmoins, il existe un certain nombre de **facteurs de stress et de contraintes inhérents à la pratique médicale** [59] qui la rendent plus (de plus en plus) difficile et qui peuvent contribuer à la souffrance, à l'épuisement des médecins et à l'émergence des troubles mentaux chez les médecins vulnérables. [51]

Lors d'un sondage réalisé par le conseil de l'Ordre des Médecins en 2002, 50% des médecins ont le sentiment d'une détérioration générale des conditions d'exercice et ils l'attribuent au comportement des patients dans 1/3 des cas, au risque de procès par erreur médicale dans 2/3 cas, à la dégradation de l'image de la profession dans la moitié des cas. [143]

LEVASSEUR étudie en 2003, les facteurs de stress auprès des médecins bretons et retiendra plusieurs facteurs dont les principaux sont : la surcharge de travail, la crainte des erreurs médicales, l'insatisfaction et le conflit de rôle entre carrière et vie personnelle. [130]

Ces Facteurs liés à l'Exercice sont :

- Les Exigences Professionnelles
- La Relation Médecin-Malade
- Le Retentissement Vie Professionnelle / Vie Personnelle

■ Les Exigences Professionnelles

Les exigences qui s'imposent au médecin sont nombreuses, multiples et variées (administratives, judiciaires, politiques, déontologiques). Les modalités sont évolutives et changeantes imposant une adaptation marquée et permanente (actualisation des connaissances par des formations, information sur les dernières recommandations, évaluations de sa pratique, adaptation aux conventions, réformes nouvelles, appropriation des nouvelles lois.

La Médecine est une Profession Magnifique, mais aussi un métier Source de Stress.

- Les Contraintes Administratives

Les contraintes administratives sont un facteur indéniable de stress et très largement

retrouvé dans toutes les études. [123, 144, 145] L'excès de paperasserie administrative a un poids considérable en termes de consommation de temps et d'énergie chez des médecins qui malgré un bon usage de leur temps, n'en disposent que de tellement peu... Cette charge administrative semble s'accroître avec le temps qui passe.

A noter que l'accumulation de « papiers » est généralement un signe d'alerte, d'autant plus grave chez un médecin dont les capacités organisationnelles sont connues comme intègres.

- La Responsabilité et les Contraintes Judiciaires et Ordinales

Les médecins voient leur responsabilité engagée et s'accroître d'autant plus que les recommandations de bonnes pratiques s'accroissent. [146]

Les médecins sont de plus en plus dans la crainte de mesures judiciaires. [44, 144]

Les procès sont en augmentation et sont redoutés par 2/3 des médecins dans une enquête en 2002. [143]

La vaste Enquête SESMAT confirme les chiffres : 58,6% des médecins affirment être souvent ou toujours dans la crainte de faire une erreur. [85,86]

Les médecins dont la responsabilité est engagée par des poursuites ordinaires ou judiciaires considèrent qu'une enquête devant l'Ordre est plus stressante encore que la plainte en Justice. Un manque de soutien de la part de leurs confrères est souvent exprimé.

En dehors des situations aboutissant à des poursuites, l'erreur médicale est généralement très mal vécue par le médecin. La souffrance qui en résulte est souvent sous-estimée et associée à une atteinte narcissique profonde. Un débriefing insuffisant ou déficient est à l'origine de mécanismes de défenses eux-mêmes sources de nouvelles erreurs. **L'erreur augmente le risque d'erreur.**

Beaucoup de suicides de médecins font suite à une erreur médicale. Le Docteur Eric GALAM, dans son ouvrage « *L'Erreur Médicale* » publié en mars 2011, alerte sur le risque de suicide parfois associé à la détresse vécue liée à l'erreur médicale qui est d'autant plus grave en cas de poursuites associées. [148]

- La Charge de Travail

Les Médecins doivent faire face à une charge de travail non seulement importante mais croissante et par ailleurs, non maîtrisable. Le nombre de médecins diminue, la demande augmente par les besoins accrus d'une population vieillissante.

En Psychiatrie, la charge est accentuée par la « psychiatisation » de problèmes sociaux, les difficultés professionnelles, les problèmes conjugaux, la « simple » difficulté de faire face aux événements de vie.

Cette surcharge est à la fois quantitative (sous la pression du temps, du nombre de patients à prendre en charge, des horaires chargés...) et qualitative (sensation d'incapacité et d'insatisfaction en raison de la non utilisation des compétences, interruptions du travail...). La surcharge quantitative retentit inévitablement sur la qualité du travail.

A ce niveau, le médecin est encore considéré comme tout puissant, capable d'abattre des quantités de travail colossales sans se plaindre et d'assumer des rythmes de travail qui sont parfois surhumains.

La profession exige du médecin une disponibilité sans limites.

Dans l'étude URML des médecins généralistes bretons en 2003, LEVASSEUR [130] fait les constats suivants :

- 80% des médecins ont souvent ou toujours le sentiment de travailler plus vite (encore)
- Plus de 50%, considèrent ne pas disposer d'un temps suffisant pour effectuer correctement leur travail
- Plus de 90% déclarent devoir fréquemment interrompre une tâche en cours
- Plus de 95% travaillent des jours ou des semaines plus tard que prévu
- 75% reconnaissent emporter du travail chez eux
- Plus de 80% des médecins estiment effectuer des actes qui ne relèvent pas de leur fonction.

Les médecins généralistes doivent par ailleurs voir le plus possible de patients dans un minimum de temps afin d'atteindre un revenu acceptable [44] Les contraintes financières sont fréquentes et tellement importantes qu'un changement d'orientation professionnelle n'est pas envisageable car les échéances financières des charges, ne le leur permettent pas. Aujourd'hui la difficulté réelle de trouver un remplaçant, leur permet tout juste de fermer transitoirement leur cabinet pour des congés. Sans oublier un « effet boomerang » à leur retour de la partie administrative du travail que les remplaçants n'ont pas à gérer.

- Le Manque de Reconnaissance et de Soutien Social au Travail

Le manque de reconnaissance, un compagnonnage insuffisant, la solitude du Médecin dans l'exercice de sa profession sont des facteurs de stress désormais reconnus. Ils peuvent se manifester par la présence de conditions relationnelles négatives (relations difficiles, non confraternelles voire conflictuelles); des objectifs professionnels mal définis, une ambiguïté des rôles, une autonomie excessive ce peut être aussi l'absence de conditions positives (manque de reconnaissance, de gratification, de supervision, d'enseignement, de disponibilité, de soutien... de la part de son supérieur hiérarchique, de son Chef de Service) ou une entre aide et un soutien insuffisants de la part de ses collègues. [40, 44, 122]

Le manque de reconnaissance est un facteur particulièrement important. En effet, l'Identité passe par la reconnaissance de la part de l'Autre. Sur un plan social, l'Identité passe aussi par la reconnaissance au travail. La situation peut devenir problématique, lorsque la vie professionnelle tend à se substituer à la Vie en général, ce qui n'est pas rare en Médecine. L'impact de la reconnaissance au travail s'en retrouve décuplé. Lorsqu'en plus la vie affective associée est appauvrie, la personne ne « tient » plus que par la reconnaissance dont il fait l'objet dans son cadre professionnel.

Or, dans l'enquête SESMAT [85], le soutien social reçu au travail est déclaré **insatisfaisant par 65% des médecins.** Il existe 4 sources de soutien social pour les médecins : les supérieurs hiérarchiques, les collègues, le conjoint et les proches. **Il semble que la reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques soit un facteur particulièrement important et de poids qui justifie une attention particulière. Il se distingue en effet des autres sources de soutien, car la reconnaissance de son Chef de Service influence le burnout. [149] Un soutien**

par les supérieurs hiérarchiques diminue l'épuisement professionnel (baisse de l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation et accentuation du sentiment d'efficacité professionnelle).

- La Polyvalence du Médecin : Soignant et Econome de la Santé

Le Médecin doit faire preuve d'habiletés pour jongler entre une Economie de la santé, un pouvoir de consommation de certains patients (consommérisme médical) et son devoir et ses désirs de Soignant.

Dans l'enquête SESMAT, 45,5% des médecins interrogés déclarent leur insatisfaction quant aux possibilités de donner aux patients les soins dont ils ont besoin. [86]

Il existe un déséquilibre réel entre les désirs, les croyances, les convictions, l'engagement, l'idéal du professionnel et la réalité du terrain, avec ses contraintes et ses contradictions.

Certains auteurs parlent d'une « **souffrance éthique** » : souffrance des médecins liée à l'incapacité de donner aux malades ce dont ils ont besoin. [150]

La pression croissante des Caisses d'Assurances Maladies est très mal vécue par nos confrères généralistes qui sont obligés de rendre des comptes, de justifier leurs prescriptions (arrêts de travail, choix thérapeutiques ...) et de consacrer un temps considérable aux institutions réglementaires. Cette pression s'accroît paradoxalement dans un contexte où les médecins s'épuisent.

A noter qu'une telle politique budgétaire, attribue une large part de la responsabilité des déficits aux « prescripteurs », et décharge les institutions et les pouvoirs politiques.

- La Perte d'Autonomie et ses conséquences

L'augmentation des contrôles, la protocolisation des moyens, la multiplication des recommandations, des références médicales opposables et guidelines peuvent être perçues comme une réduction de l'autonomie médicale, une perte de contrôle sur le travail, voire même une atteinte des libertés de l'exercice par diminution de la latitude décisionnelle.

L'autonomie au travail permet d'être à l'origine de ses propres comportements et de ressentir une cohérence et une congruence entre ses valeurs, ses pensées et son agi. L'autonomie accentue la responsabilité et favorise l'épanouissement au travail. Actuellement il existe une tendance à l'homogénéisation des pratiques avec de ce fait une réduction de la marge de manœuvre, de l'initiative, de la réflexion, de la créativité, de l'individualisation au travail (tout ce qui rend intelligent et intéressant). Cette tendance nous semble réductrice pour la profession médicale mais aussi inadaptée à nos malades, qui sont loin d'être homogènes, mais tous uniques.

- L'explosion des Connaissances Médicales, de la Technologie et de leurs Limites

Le développement phénoménal de l'industrie pharmaceutique, et des médicaments qui arrivent par vagues et inondent le marché, les connaissances scientifiques qui évoluent à une vitesse « V », qui naissent ou qui changent, dont il faut s'informer sont des sources réelles de stress.

Il existe **une discordance entre un savoir faire technico-scientifique médical universel valable pour tous et la vérité singulière d'un sujet malade unique.**
[121]

Ces contraintes de stress imposent aux médecins une pratique « without borders », un exercice professionnel sans limites et en conséquence le risque de la sensation de ne jamais être au point dans les connaissances et les possibilités qui existent. Les connaissances médicales « no limit » et les progrès de la science vont se heurter aux Limites de la Vie, des Médecins, Etres humains et se confronter à la mort, seule certitude de la Vie. Il semble que dans les représentations ce lien n'ait pas été fait. Et le malade accepte de moins en moins d'être malade. La mort n'est plus tolérée. Les médecins se sentent de plus en plus coupables de ne pas guérir. Le médecin s'attribue les échecs ou inefficacités thérapeutiques puisqu'il ne maîtrise pas tous les moyens dont il dispose.

Et il semble paradoxalement, qu'au moment où l'avancée de la recherche est à son apogée, la tolérance envers les médecins est fortement diminuée.

Il convient de rappeler que l'objectif d'un soignant n'est pas la guérison. Le médecin a une obligation de soins et de moyens mais non pas de résultats.

En termes de prévention du burnout, il serait peut être (grand) temps de considérer autrement la Médecine, de prendre conscience des Limites du Pouvoir Médical (au sens Capacités de).

Réduire les exigences de la Société et des Malades par rapport au Médecin et adapter les attentes des uns aux possibilités des autres, à la réalité pourrait être une piste de réflexion pour optimiser le fonctionnement, atténuer la charge et diminuer la souffrance des médecins.

WINNICOT avait introduit le concept de la « Mère 'suffisamment' Bonne » [151].

Pourquoi ne pas extrapoler ce concept aux médecins ?

Il serait intéressant d'imaginer des « Médecins suffisamment Bons » qui prodiguent les soins adéquats en étant sensibles aux besoins des patients et de permettre ainsi de guérir les malades qui le peuvent et de soigner les autres.

■ La Relation Médecin Malade

D'après l'Etude URML de Bourgogne, 68,5% des médecins libéraux estiment que la relation médecin malade est source de stress. [14]

- La disparition d'une Vocation ?

La vocation du médecin, dans sa dimension religieuse et sociale, est un mouvement intérieur par lequel une personne se destine et se dévoue entièrement à la médecine. Ce dévouement allant jusqu'au sacrifice n'est plus, car les conditions sociales ne le permettent plus.

La vocation possédait un fort pouvoir défensif contre l'épuisement professionnel car l'accomplissement personnel et la reconnaissance étaient particulièrement élevés. [40]

- La démythification de l'identité du médecin

Le statut du médecin a changé. Son identité est démythifiée. [51] De par les modifications des représentations sociales, il y a une altération vécue de l'image du médecin qui n'est plus le guérisseur mais un interlocuteur scientifique, un prestataire de soins.

Après le temps des patients, vient celui des malades, qui sont devenus aujourd'hui des « usagers de droit ». [62] Les espoirs en les médecins, sont passés par des demandes, pour devenir ensuite des attentes et actuellement des exigences. Le respect à leur égard n'est plus ce qu'il a été.

- Les Exigences des patients

Les attentes des patients sont de plus en plus nombreuses. Elles sont de plus en plus fortes aussi. Les demandes ont laissé place aux exigences. Elles se présentent sous des formes diverses : des demandes de consultations non justifiées, des oublis de rendez-vous, un harcèlement par des demandes excessives, une non compliance accrue aux soins, des manques de respect dans la communication verbale et comportementale, des véritables agressions, de la violence à l'égard des médecins, des poursuites judiciaires qui ne cessent de croître. [15]

- L'Exposition à la Violence

Les Violences, qu'elles soient physiques ou verbales à l'égard du soignant en général et plus particulièrement du médecin sont très mal tolérées et altèrent fortement la relation médecin-malade.

Le nombre croissant des incidents a conduit l'Ordre des Médecins à mettre en place un Observatoire de la Sécurité des Médecins en 2003 dont le but est de répertorier les agressions dont sont victimes les médecins libéraux.

Pour les médecins Hospitaliers a été créé, en 2005, un Observatoire National des Violences Hospitalières : l'ONVH.

Les objectifs de ces observatoires : recueillir de données, renforcer le traitement des incidents et améliorer la prévention.

Les Faits [62, 152]

- L'ONVH : le nombre de faits signalés passe de 2609 en 2006 à 5090 en 2010.

- L'Observatoire de la Sécurité des médecins : le nombre d'incidents déclarés est passé de 638 en 2003 à 920 en 2010.

- La nature des agressions est verbale dans la majorité des cas (63%).

- Les généralistes semblent particulièrement exposés.

- Parmi les spécialités, ce sont les ophtalmologistes (7%), les médecins du travail (4%) et les psychiatres (3%) qui sont le plus touchés par la violence.

- Les principales raisons invoquées sont : la mauvaise prise en charge, une réponse du médecin non conforme à la demande (AT, certificats, thérapeutique...) ou un temps d'attente trop long.

- A noter que 40 médecins ont été tués sur leur lieu de travail pendant ces 20 dernières années, dont 12 femmes médecins.

- Certains auteurs dont ESTRYN BEHAR, pensent que les chiffres sont sous-estimés et que le phénomène serait en fait plus important. Dans l'Etude sur la « Satisfaction des Médecins au Travail » des Hospitaliers, près d'un tiers des médecins (28,9%) déclarent « avoir été victime de violence de la part du patient ou de sa famille au moins une fois par mois au cours de la dernière année ».

Les résultats doivent être interprétés avec prudence :

- L'existence en soi, de ces observatoires a probablement permis de déclarer plus d'incidents, et en particulier des incidents qui n'étaient pas divulgués jusqu'à présent.
- Il faut intégrer et adapter les données au contexte politique et médiatique. Les incidents ne sont ils pas plus déclarés car moins tolérés en raison d'une politique incitative mise en œuvre par le Ministère de la Santé ? Et la communication réitérée sur cette problématique n'abaisse-t-elle pas davantage encore le seuil de tolérance ?

Nous pensons également que les chiffres concernant la Violence sont à interpréter avec davantage de discernement surtout en Psychiatrie. Bien que l'exposition puisse être évaluée, le contexte est bien différent que dans les autres spécialités médicales. Elle renvoie à la notion de responsabilité.

La souffrance psychique associée à des dysfonctionnements des capacités cognitives (altération du raisonnement et du jugement), des troubles de la pensée, de la conscience de soi et de son environnement, et à une perception altérée, peuvent être à l'origine de violences pour lesquelles le patient ne peut être tenu comme responsable (ou différemment).

Nous pensons de ce fait, que la tolérance de la violence est peut être plus importante en Psychiatrie, et la perception du stress lié à la violence moindre mais que l'exposition du soignant est peut être plus grande qu'en milieu général.

- La remise en question de l'Engagement tacite

Autrefois la relation médecin-malade résultait d'un engagement tacite basé sur une confiance mutuelle, réciproque et partagée.

Aujourd'hui ce fondement est remis en question par le devoir de preuve, le devoir d'information, le devoir de transmission des données médicales (Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades). Le dossier médical est devenu « dossier patient ». C'est au Médecin d'apporter **la preuve que l'information** a été donnée au patient. Remettre et faire signer au patient un document qui retranscrit les risques de l'acte ne suffit pas. Une information loyale, claire et appropriée doit être délivrée oralement au patient lors d'un entretien individuel. Pour avoir une valeur probatoire, non seulement le document doit être signé mais le médecin doit écrire dans le dossier que l'information a été donnée au patient.

Ces modifications ont altéré la qualité de la relation et ont retenti sur le **vécu et les pratiques** des médecins induisant chez ces derniers une **stratégie d'exercice professionnel de plus en plus défensive**. Par ailleurs, ces changements ont été à l'origine de problèmes de responsabilité juridiques difficiles à résoudre.

La relation s'est également complexifiée par l'envahissement des informations médicales à disposition de tous sur internet en particulier, et du fait de l'acquisition par les patients de connaissances qui interfèrent considérablement dans sa prise en charge au point de prendre au dépourvu parfois le professionnel voire de le repousser dans ses retranchements. [122]

- Le transfert de la souffrance

Dans le Petit Robert, **SOUFFRANCE** vient du latin *sufferentia* « résignation, tolérance » : Endurance, tolérance et **SOUFFRIR** du latin *suffere*, qui vient de *ferre* « porter » : supporter quelque chose de pénible, endurer.

Le médecin est, par sa relation au malade **confronté à la douleur, la souffrance, la maladie, la mort.**

Le transfert de la souffrance est souvent difficile et le restera tout au long de la carrière. Un médecin peut, avec les années de pratique et l'expérience, apprendre à ajuster et maintenir la distance « suffisamment bonne », mais il ne deviendra ni moins humain, ni moins sensible à la souffrance. Etre Médecin suppose non seulement un engagement cognitif mais également émotionnel. [40]

Des situations régressives induites peuvent compliquer les rapports avec les malades: dépendance maternelle, assujettissement paternaliste, copinage fraternel, rejet ... [120] Le médecin peut être confronté à des situations qui réactivent en lui des deuils anciens non élaborés.

Le médecin doit avoir **suffisamment de recul** pour traiter avec toute sa conscience, ses compétences et son intelligence. Suffisamment près pour être dans l'empathie, « à l'écoute » du malade, sans pour autant se mettre « à la place de » en évitant la sympathie inefficace et épuisante.

RUSZNIEWSKI suggère que le soignant oscille entre deux extrêmes [153] :

- L'identification, la forme apogée de l'empathie, source de stress avec le risque d'épuisement du soignant
- La Distanciation qui est la fuite : moyen de défense qui protège le soignant, mais qui laisse le malade seul face à sa souffrance. Il existe plusieurs types de distanciations :

- ✓ La généralisation : le soin n'est plus individualisé.
- ✓ La fausse réassurance : déni de la réalité du malade
- ✓ L'évitement
- ✓ La banalisation
- ✓ L'instrumentalisation

Toute la difficulté de la relation médecin malade consiste à trouver ce « juste milieu », cette distance « suffisamment bonne » pour pouvoir soigner dans les meilleures conditions et éviter au médecin de s'épuiser émotionnellement ou de souffrir par un transfert excessif.

Trouver et maintenir cette distance est une rude difficulté, car elle n'est jamais acquise. Elle nécessite d'être ajustée et adaptée en permanence et elle diffère selon chaque patient. [40]

■ Le Retentissement Vie Professionnelle sur la Vie personnelle

Le médecin doit répondre aux attentes des patients, de ses pairs, de l'Etat mais aussi aux **attentes de ses proches, des siens.**

Pour répondre à l'ensemble des exigences professionnelles, le médecin doit engager beaucoup d'efforts, et investir énormément de son temps et de son énergie, souvent en négligeant sa vie personnelle.

Mais la famille du médecin a elle aussi, des attentes. En rentrant chez lui le soir, le médecin peut être confronté à un conjoint qui le sollicite (après lui avoir fait remarquer son retour tardif) pour évoquer les problèmes de la vie familiale (enfants, parents, budget, santé ...). Le manque de temps et d'énergie résiduelle rendent parfois difficile l'articulation vie professionnelle/ vie privée avec **un risque de**

présence insuffisante (pour remplir ses fonctions de conjoint ou de parent), de conflits conjugaux, de désintégration familiale, de divorce, et au sens large un rétrécissement du réseau social et affectif. [120]

Les taux de divorce des médecins sont 10% à 20% supérieurs à la population générale et les conflits conjugaux sont très fréquents dans la population médicale.

Les conflits conjugaux jouent un rôle important dans le suicide des médecins. [44, 58, 139] Et le taux de suicide des conjoints de médecin serait également plus élevé que dans la population générale.

Selon WEINER, la capacité à maintenir les liens familiaux est un indice fort de bien être psychologique. [154] Pour STACK, le fait d'être marié constitue un facteur protecteur. [63]

Le Soutien social des proches constitue un facteur protecteur indéniable dans l'épuisement professionnel.

La vie professionnelle d'un médecin retentit fortement sur la vie conjugale et familiale en général. Le risque de cercle vicieux apparaît dès lors que le médecin est en danger professionnellement car par retentissement le danger conjugal ou familial est latent.

Par ailleurs, la famille peut représenter un facteur de stress potentiel lorsque la communication s'en trouve altérée avec un manque de compréhension, des reproches (se consacrer trop au travail et trop peu à sa famille) qui culpabilisent un médecin déjà en difficulté.

A l'inverse, entretenir une image de « super héros » n'est pas non plus lui rendre service car cette représentation renforce le déni et l'isolement du médecin concerné.

√ La Spécificité du Psychiatre

Au sein de la Médecine, et parmi toutes les spécialités médicales, nous pensons comme de nombreux auteurs, que la Psychiatrie pourrait constituer une discipline particulièrement exposée au Stress. KUMAR a particulièrement étudié l'Epuisement Professionnel des Psychiatres, en Nouvelle-Zélande en particulier, mais aussi au niveau international. [155, 156, 157, 158, 159, 160, 161]

1- La Relation Médecin PSYCHIATRE / Malade

√ Le spectre émotionnel

L' « Outil de travail » du Médecin Psychiatre est en fait le Psychiatre lui-même, en particulier son psychisme. Nous pensons qu'on soigne avec ce qu'on a, par ce qu'on fait et aussi par ce qu'on est. Et un large spectre émotionnel, souvent intense vient interagir dans le travail du médecin Psychiatre.

Toute relation médecin-malade induit chez le médecin des ressentis multiples tels que le désir de venir en aide à l'autre, de guérir, de soigner, d'apaiser la souffrance... Il existe aussi des sentiments de frustration, de déception, d'impuissance face à la maladie, son évolution, la chronicité, les rechutes et récurrences, l'échec d'une prise en charge ou d'un traitement et les sentiments de responsabilité, d'inquiétude, de culpabilité quant au devenir du patient. Le médecin

peut avoir peur de présenter lui-même ces troubles, ou avoir envie d'éviter certains malades pour ne pas être confronté à ces sentiments.

En Psychiatrie, ces émotions peuvent être intensifiées.

Approcher la souffrance psychique pour au mieux l'aborder, l'appréhender, la prendre en charge, la soigner, implique pour le Psychiatre de réduire des distances et de ce fait s'exposer.

Le contact prolongé avec **la maladie mentale peut interagir avec sa propre unité psychique. Par identification projective, le psychiatre est impliqué dans son vécu d'être humain, avec sa problématique et son histoire.**

Les attentes, les besoins et les demandes sont parfois fortes et complexes en Psychiatrie et pas toujours compréhensibles. Il ya les demandes cachées pas toujours conscientes, ou ne pouvant être exprimées, les demandes « hors cadre ». Et elles sont parfois évolutives : des demandes initialement claires peuvent changer, et l'être beaucoup moins avec le temps qui passe. Des attentes ou demandes supplémentaires peuvent naître et venir s'ajouter... L'une des difficultés du Psychiatre est de décoder au fil des entretiens, les demandes et attentes du patient, les définir, leur donner un sens et une signification, les prioriser et identifier les besoins réels avant de pouvoir y répondre et venir en aide au malade.

Le soignant, est par ailleurs confronté, et d'autant plus en psychiatrie, à des **questions éthiques et morales** portant sur la mort, la maladie, la souffrance, le suicide mais aussi sur la sexualité, la toxicomanie, l'injustice, les tabous, les pulsions interdites (l'inceste, le viol, le meurtre...).

Toutes ces **questions à charge émotionnelle élevée** peuvent devenir lourdes à porter et prégnantes au fil du temps. [121]

✓ La Souffrance Psychique

Pour le Soignant en Psychiatrie, et notamment le Psychiatre, la Souffrance psychique est si on peut le dire ainsi, « la matière première ».

Plusieurs auteurs relèvent l'existence d'une souffrance psychique avérée des soignants en santé mentale. [162, 164, 165]

L'Etude PRESST-NEXT rapporte que 27,6% des soignants en psychiatrie (psychiatres non inclus) se disent « souvent » ou « toujours » épuisés émotionnellement et prennent significativement plus de psychotropes que les soignants d'autres spécialités. [163]

La confrontation à la souffrance et sa prise en charge font partie intégrante du travail d'un Médecin, si ce n'est le fondement de ses motivations et de son orientation en Médecine. Aucun médecin n'est épargné par la souffrance.

Ce qui distingue le psychiatre des autres médecins, c'est qu'il est confronté à la souffrance psychique, et parfois aux profondeurs de la souffrance de l'âme. Et quelle qu'en soit sa forme, c'est la souffrance psychique qui est à la base de son exercice médical. C'est en raison d'une souffrance psychique qu'il est sollicité pour venir en aide à l'autre, qu'il s'agisse d'un patient qui présente un mal-être, un mal de vivre, un état dépressif, des idées suicidaires, des troubles anxieux, un trouble grave de la personnalité, un état délirant ou maniaque.

Tout médecin dispose de **mécanismes de défenses** contre la souffrance ressentie,

exprimée ou non.

Ils traduisent un évitement psychique dans le but de se défendre. Il existe plusieurs mécanismes, dont :

- **L'isolation** : mettre en place une représentation « désaffectivée » facilitant le contact avec la souffrance par une mise à distance, une implication émotionnelle moindre.
- **La sublimation** : dériver et investir l'énergie mobilisée par la rencontre de la souffrance de l'autre, dans un effort d'élaboration et d'intérêt intellectuel.

Mais malgré sa connaissance (de par sa spécialisation) de l'existence et des mécanismes de défenses, nous pensons que le médecin Psychiatre ne peut en bénéficier que partiellement puisque il doit pour comprendre la souffrance, et la prendre en charge au mieux, l'approcher suffisamment.

Par ailleurs, il ne dispose pas, comme dans la médecine somatique de « tiers » ou d'objet intermédiaire: matériel médical (le stéthoscope), examens complémentaires, qui sont un moyen de « mise à distance ». Et le « tiers » principal en soins somatiques est bien évidemment le corps humain. Le Psychiatre ne dispose pas de ces « outils » et s'engage pleinement dans un « face à face » avec le malade et sa souffrance.

Enfin, des mécanismes de défenses trop efficaces risqueraient de retentir négativement sur la prise en charge.

✓ Le traumatisme par procuration

Le *vicarious traumatization* est décrit chez les thérapeutes qui prennent en charge des victimes survivant à des traumatismes graves tels que des agressions sexuelles, viols, inceste et pédophilie. [121]

Les médecins Psychiatres exposés de manière répétée ou prolongée aux récits et images imprégnés d'émotions inquiétantes, d'horreurs et de cruauté peuvent éprouver des effets psychologiques profonds, qui peuvent persister des mois ou des années.

Ces thérapeutes sont affectés dans leurs capacités de tolérance, de confiance en eux, dans leurs croyances, leur sécurité, leur estime de soi.

En pratique, tout psychiatre peut être confronté, à des degrés divers, à des traumatismes graves de manière prolongée ou répétée dans la prise en charge de ses malades.

2- Les patients psychiatriques

Les patients psychiatriques sont de manière générale considérés comme difficiles à prendre en charge sur un plan relationnel.

- La difficulté existe en addictologie pour s'occuper de patients toxicomanes en raison d'une relation de confiance difficile à établir et encore plus à maintenir, d'un manque d'adhésion aux soins, de l'inobservance thérapeutique, des rechutes fréquentes, des promesses non tenues, d'une communication qui manque d'authenticité, de chantages affectifs, de « deals » dans la prise en charge ...
- Dans le retard mental, la relation manque de profondeur en raison du manque du langage verbal.
- Dans les Psychoses chroniques on ne partage pas la même réalité.

- Dans les Névroses les plaintes sont multiples et répétées, les exigences nombreuses et la recherche de bénéfices habituels.
- Dans les troubles de la personnalité, les passages à l'acte compromettent la relation et inquiètent le psychiatre.

3- La prise en charge en santé mentale et ses spécificités

En dehors des caractéristiques de la relation médecin/ malade et des conséquences de l'exposition à la souffrance psychique, la prise en charge en Psychiatrie n'est pas tout à fait « comme les autres ...» Elle présente de nombreuses particularités pouvant être à l'origine d'un **stress spécifique au Psychiatre**.

Comme nous l'avons évoqué, la Psychiatrie est une spécialité médicale basée sur la relation à l'autre. Contrairement aux autres, elle est encore majoritairement fondée sur la Clinique et la Sémiologie Psychiatrique. En pratique courante, nous disposons de très peu d'examens complémentaires susceptibles d'aider le Psychiatre dans la confirmation d'un diagnostic ce qui pourrait être un gain de temps, un moyen de conforter le soignant, de rassurer le patient et sa famille.

Le Psychiatre a besoin de temps et du temps. Ce temps est à respecter pour confronter ses arguments diagnostiques à l'évolution clinique (au risque d'erreurs diagnostiques parfois redoutables).

La confrontation au Suicide d'un patient est heureusement rare mais très difficilement vécue et culpabilisante. La gestion du risque suicidaire ou du passage à l'acte, fait par contre partie intégrante du quotidien du Psychiatre. La conscience professionnelle, fortement sollicitée et la fréquence de ces situations font de la gestion du risque suicidaire une source professionnelle de stress avérée.

La maladie mentale nécessite parfois une privation de liberté du malade par une hospitalisation sous contrainte. Une hospitalisation sans consentement et son mode sont encadrés par une législation stricte mais en pratique les situations sont parfois complexe et les réponses non univoques pouvant mettre en difficulté le médecin, accusé de priver le malade de sa liberté ou de le faire sortir trop rapidement.

La prise en charge en Psychiatrie est systémique et il n'est pas possible de dissocier le patient de son environnement social, familial, professionnel. Cet aspect global de la spécialité en fait sa richesse mais elle est aussi responsable de la lourdeur de la prise en charge.

Les caractéristiques évolutives de la maladie mentale sont représentées par la fréquence de la chronicité, les récurrences et les rechutes qui peuvent être à l'origine de sentiments d'échecs que le soignant peut s'attribuer.

Dans la continuité, sur un plan thérapeutique, il est important de noter l'absence de traitement curatif en psychiatrie. Tous les psychotropes sont des traitements symptomatiques, tous.

Le handicap et la dépendance sont fréquents (déclin sociocognitif des psychoses, évolutions déficitaires, retards mentaux profonds...) et **l'Accompagnement du patient prend une place considérable dans le Soin**.

Nous pensons fort possible que des médecins motivés et déterminés pleins d'entrain n'ont pas suffisamment anticipé les modalités évolutives, ni le pronostic des maladies mentales et que la Psychiatrie peut parfaitement illustrer ce décalage entre les aspirations du jeune professionnel avec la réalité quotidienne comme l'a si bien

décrit FREUDENBERGER en 1974. [2]

4- La diversification de la Psychiatrie, la perte de limites de la spécialité et la « psychiatisation » des problèmes sociaux

L'univers de la Psychiatrie, changeant, accueille de **nouvelles pathologies** consécutives au vieillissement de la population avec une augmentation réelle de la géro-psycho-geriatrie. Les patients présentant une démence à un stade avancé, lorsque les troubles du comportement ne sont plus gérables « ailleurs », sont souvent orientés en Psychiatrie alors que les Soins n'y sont pas toujours adaptés.

Il existe une accentuation de la problématique sociale, majorée dans ce contexte de crise socio-économique (chômage, précarité, exclusion, souffrance au travail, problèmes conjugaux, éthyliisme...).

On « assiste » à une population dont les moyens de « faire à face à » (ne serait-ce qu'à des problèmes de la vie quotidienne) sont diminués ou saturés. **Une population qui a « besoin » d'être soutenue, portée, et souvent à « bout de bras ».**

Cette « évolution sociétale » accentue énormément la charge de travail, par une demande de plus en plus forte, une banalisation des soins psychiatriques.

L'Hôpital psychiatrique devient **l'institution de recours à « l'urgence de l'exclusion sociale »** qui est à l'origine de perturbations des soignants et du Psychiatre, les éloignant de ce pour quoi ils ont été formés, ce pour quoi ils se sont engagés.

Une Société qui va mal, en perte de valeurs et de sens. Et les attentes de cette société et des Pouvoirs Publics sont fortes à l'égard de la Psychiatrie qui doit résoudre, porter, ou pour le moins « amortir » cette problématique lourde à la fois sociale, professionnelle, conjugale, éducative ...

Une Psychiatrie qui est devenue parfois peu gratifiante voir dénué de sens, et certainement épuisante.

5- La Violence en Psychiatrie

La Violence exercée contre un professionnel est une atteinte à son intégrité physique et psychique. L'impact psychique est très variable en intensité mais inévitable. Le secteur de la Santé semble nettement plus touché, et la violence est plus souvent psychologique que physique en milieu hospitalier. Selon les études, 40 à 70% des victimes expriment un stress découlant de cette violence, les infirmiers et les médecins seraient les plus touchés. [166]

En Psychiatrie, la littérature rapporte que le risque de violence associé à la maladie mentale n'est pas différent du risque associant jeune âge, faible niveau d'éducation et sexe masculin. [166]

Oui, mais la population des patients psychiatriques n'est elle pas plus jeune justement et le niveau d'éducation n'y est-il pas plus bas que dans les autres spécialités ?

En ce qui concerne la prévalence de la violence en Psychiatrie, les résultats des études sont discordants. Certains estiment que l'association violence et maladie mentale est incertaine, et que les antécédents personnels de violence sont des biais ne permettant pas une telle assertion. [167]

Pour ERONEN l'association violence et maladie mentale, même si elle est modérée, semble néanmoins certaine. [168] Nous sommes de cet avis.

Cela n'implique pas cependant que les personnes souffrant de troubles mentaux soient plus violentes que dans la population générale, mais on constate, en psychiatrie, un risque élevé de violence, ou plutôt de situations de violence, dans le cadre de certaines pathologies mentales et de la souffrance psychique qu'elles engendrent. [169]

Nous pensons réellement, que l'exposition à la Violence est plus forte en Psychiatrie, que dans les autres secteurs mais qu'il existe une « tolérance » surprenante de la part des praticiens qui attribuent la responsabilité des agressions à la maladie mentale et non pas au patients.

Les résultats de l'Etude des risques psychosociaux au niveau des EPSM du Nord, réalisée en 2009, montre que stress et violence sont intimement liés en santé mentale et qu'il existe une tolérance à l'agressivité du patient, constituant elle-même un élément important du stress vécu.[166]

Sur un plan juridique, une insulte envers un médecin est considérée comme un délit aggravé depuis 2008, au même titre qu'une insulte à magistrat. Compte tenu de l'accroissement de l'agressivité, l'Ordre des médecins ne tolère plus d'insulte à l'égard du Corps Médical. L'incitation à la plainte systématique est forte et l'Ordre se constitue partie civile.

Mais pour les raisons que nous venons d'évoquer, il est évident que ces « solutions » ne peuvent s'appliquer de manière aussi radicale en santé mentale et la suite ou plutôt l'absence de suite aux plaintes déposées par les médecins le montre bien.

6- Une Pression Sociale et Politique sur le Système de Soins

La pression sociale, comme nous l'avons évoqué ne fait que s'accroître, et se majore dans un contexte de crise socio-économique. Nous avons assisté à une évolution du malade, en passant par le patient, vers « des usagers de droit » (Loi KOUCHNER relatif aux Droits des Malades, 2002) avec des dérives consuméristes réelles. Cette augmentation des droits est à l'origine d'une accentuation de la demande et des exigences envers le Système de Soins, renforcée par les médias qui véhiculent une image totalement en décalage avec la réalité de la maladie mentale. Il en résulte un alourdissement considérable de la charge de travail, mais aussi une incompréhension et du désarroi de la part des professionnels de santé. Le désengagement de l'Etat par le « démantèlement » du service public, diminue la protection des personnes en situation de détresse sociale, ce qui augmente les demandes de prises en charge.

Paradoxalement, alors que la charge de travail s'alourdit sérieusement, les moyens attribués au Système de Soins sont moindres : réduction du nombre de lits, diminution du nombre de soignants ... Les pressions hiérarchiques exercées visant à matérialiser et quantifier le soin sont en Incongruence totale avec la réalité de terrain. Nous pouvons qualifier l'aspect de ce fonctionnement à double contrainte de « schizophrénisant ». Les médecins sont confrontés à une augmentation réelle de la charge et de la complexité de leur travail et des responsabilités alors que les moyens dont ils disposent diminuent sans cesse. Ils se retrouvent dans une situation insoluble dont le risque est un épuisement professionnel. La communication entre

médecins et pouvoir publics ne s'est pas améliorée : au delà d'un manque de concertation et de discussion, il y a parfois « une fin de non recevoir » de la part des gouvernants. Par ailleurs, les normes sécuritaires sont grandissantes, pour éviter que les malades mentaux ne viennent troubler l'ordre public. Cela augmente la stigmatisation de nos patients, et concerne par extension, les médecins qui les soignent. Il y a une confusion entre maladie mentale et délinquance : des malades se retrouvent en détention, des délinquants sont hospitalisés en psychiatrie ou en « contrat de soins ». Et les psychiatres sont à la fois responsables de durées des séjours d'hospitalisation trop brèves (et des conséquences) mais ils sont supposés abuser « d'un pouvoir de privation de liberté des malades » à l'origine d'une impossible « quadrature du cercle ».

7- Les Changements en Hôpital Psychiatrique

Il n'est pas possible d'évoquer le stress chez les professionnels en santé mentale, sans aborder les changements qui touchent le « monde de la Psychiatrie ».

La problématique est double : les changements sont non seulement nombreux mais la rapidité avec laquelle ils s'installent exige de la part des médecins des efforts d'adaptation considérables. Ces changements s'effectuent à la fois **dans l'espace et dans le temps**. Dans l'espace, il y a une modification des territoires (pôles, communautés hospitalières de territoire, groupements de coopération sanitaire) alors que nous sommes plus que les autres attachés à cette notion (Secteurs de Psychiatrie). Le développement de l'extrahospitalier a permis un travail de resocialisation et de réinsertion mais les « médecins psychiatres volants » ont de plus en plus souvent une activité multi-site avec une multiplication de partenaires et des responsabilités accrues dans des structures extra hospitalières.

Enfin, le temps, notre Allié naturel, devient aujourd'hui notre ennemi.

Une nouvelle logique d'inspiration principalement économique a été introduite dans le secteur public de Psychiatrie, dans une logique entrepreneuriale. Les regroupements des services en Pôles, la contractualisation interne, les contrats d'objectifs, la tarification à l'acte instaurent un nouvel équilibre entre le « médical » et le « gestionnaire » au profit de ce dernier. [170] Les actes se substituent aux soins, la quantité prime sur la qualité.

Ces processus de « rationalisation des soins » [171] entraînent des durées de séjour plus courtes, avec des sorties prématurées (alors que les patients ne sont pas encore stabilisés) suivies souvent de réadmissions rapides, [172] à l'origine d'un épuisement chez le soignant, résultant à notre avis de la perte de sens de leur travail. Ce « **turnover** » **accru**, à notre sens non bénéfique, parfois même délétère pour le patient (ressenti d'échecs successifs) s'accompagnant d'un vécu de « **perte de sens du travail** » par les soignants.

Dans la continuité, **une culture du « résultat »** s'est imposée à l'activité de soins en général, dont le retentissement est particulièrement marqué en Psychiatrie. La conception du Soin et de la relation humaine devient efficacité, [173] productivité, rentabilité. L'objectif devient quantitatif et ne relève plus du relationnel.

C'est une évaluation en inadéquation avec le travail réel du Soignant, qui n'apprécie pas la subjectivité, l'écoute, le savoir faire, la compréhension de l'autre.

Le recul est encore insuffisant pour évaluer l'impact sur l'organisation des soins de la loi du 5 juillet 2011 (relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge). Néanmoins, les

premiers constats vont dans le sens d'un accroissement franc de la charge de travail et des responsabilités pour les médecins psychiatres.

Nous avons, au terme de cette analyse, toutes raisons de penser que le Psychiatre est exposé à des facteurs de Stress Professionnel spécifiques.

II- L'ETUDE :

ENQUÊTE auprès des Médecins PSYCHIATRES HOSPITALIERS du NORD PAS de CALAIS

I- PRESENTATION de I'ETUDE

L'Etude se fait dans le cadre et avec l'aide de la Fédération de Recherche Régionale en Santé Mentale du Nord pas de Calais (FRRSM).

Le Sujet m'a été proposé par le Docteur Thierry DANEL, Directeur de la Fédération.

En 2010, étant Interne en Médecine générale, le Docteur BOITRELLE, mon Chef de Service (Secteur TERNOIS, EPSM de SAINT VENANT) et Directeur de Thèse m'a orienté vers la Fédération de Recherche en raison de **l'existence d'un audit 2011 : « Soins Somatiques en Psychiatrie »**. L'idée était la suivante : Y avait-il une possibilité de réaliser un Travail de Thèse dans le cadre de cet audit (à l'intersection de la Psychiatrie et de la Médecine Somatique) tout en apportant ma « contribution » à la Recherche en Santé mentale par l'intermédiaire de la Fédération ?

C'est alors que j'ai rencontré le Docteur Thierry DANEL. Il m'a expliqué les difficultés et contraintes pour intégrer ce projet en raison de très nombreux travaux et ateliers

de recherche déjà en place. Par contre, il était tout à fait favorable pour m'apporter son aide à la réalisation d'un travail de Thèse. Ensemble, et avec l'aide de mon Directeur de Thèse, nous nous sommes orientés vers un sujet concernant **l'Etat de Santé des Médecins**.

L'élaboration du sujet s'est faite en plusieurs étapes : de l'état de santé global, vers l'état de santé psychique pour aboutir à **l'Épuisement Professionnel** des Médecins, et (en l'occurrence) **des Psychiatres**.

Le sujet de Thèse proposé et retenu par le Docteur DANIEL était le suivant :

« **Épuisement Professionnel des Médecins Psychiatres Hospitaliers du Nord pas de Calais**. » Nous sommes convenus de réaliser dans un premier temps, une Etude de Prévalence.

Le Professeur THOMAS s'est fortement intéressé au sujet et a accepté de Présider ce travail de Thèse.

Le Projet de l'Etude a été approuvé et validé par le Conseil Scientifique de la Fédération en mars 2011.

1 - OBJECTIF(S) de l'ETUDE

✓ **L'Objectif Principal de l'Etude est de déterminer la prévalence de l'épuisement professionnel (ou burn out) chez les Médecins Psychiatres Hospitaliers (EPSM et CH) du Nord Pas de Calais.**

La question à laquelle nous voulons répondre : Est-ce que les Psychiatres sont concernés par l'Épuisement Professionnel ? Et dans l'affirmative, à quel degré ?

✓ Les Objectifs secondaires :

- Comparaison des Résultats de notre Etude Régionale sur l'Épuisement Professionnel des Psychiatres aux résultats préexistants dans la littérature scientifique médicale concernant le burnout des Médecins (généralistes, spécialistes).
- Etudier quelques variables démographiques et professionnelles associés.

L'objet de l'étude est, non pas d'isoler des facteurs de risques associées à l'épuisement professionnel, mais de confronter dans un premier temps, certaines variables aux résultats de prévalence obtenus et de rechercher une éventuelle corrélation avec l'épuisement professionnel.

Les variables associées dans l'Etude sont :

- **L'Age**
- **Le Sexe**
- **Le Lieu d'exercice**
- **Le Type d'exercice**
- **Le Positionnement des Psychiatres étudiés par rapport au burn out**

2 - La COHORTE : Les PSYCHIATRES

Hospitaliers du Nord Pas de Calais.

✓ La Sectorisation de la Psychiatrie Publique [174]

La population étudiée est constituée par les Médecins Psychiatres Hospitaliers de la Région du Nord-Pas-de-Calais. **La Psychiatrie publique est sectorisée et notre région est constituée de 60 secteurs de Psychiatrie Adulte** (soit environ un secteur pour 67 000 habitants) : 40 dans le Nord et 20 dans le Pas-de-Calais. Ces secteurs sont reliés pour moitié (30) à un des quatre établissements publics de santé mentale de la région :

- EPSM de Lille Métropole à Armentières (9 secteurs rattachés)
- EPSM des Flandres à Bailleul (6)
- EPSM de l'agglomération lilloise à Saint-André-Lez-Lille (8).
- EPSM Val d'Artois à Saint-Venant (7)

Les 29 autres secteurs sont rattachés à d'autres établissements de santé : les CH principalement, un au CHRU de Lille. Un secteur est rattaché à un établissement privé participant au service public.

La région compte 21 intersecteurs de Psychiatrie Infanto-juvénile : 13 dans le Nord et 8 dans le Pas de Calais. Ils relèvent de CH pour 10 d'entre eux (dont 1 secteur géré par le CHRU de Lille) et 11 autres sont attachés aux 4 EPSM.



Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais Avril 2010 [174]



Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais Avril 2010 [174]

✓ Démographie Médicale des Psychiatres du le Nord – Pas-de-Calais [174]

En 2009, la densité médicale régionale est équivalente à celle de la France entière pour la médecine générale (164 médecins pour 100 000 habitants dans la région ; 165 en France entière). Alors qu'elle est (comme pour bon nombre d'autres spécialités médicales), **largement inférieure pour les psychiatres** (13 pour 100 000 dans le Nord - Pas-de-Calais contre 22 dans l'ensemble du territoire national). Pour donner un ordre d'idées, une densité régionale identique à celle mesurée en France justifierait l'exercice de près de 900 psychiatres, alors qu'ils ne sont que 523 à exercer dans le Nord - Pas-de-Calais.

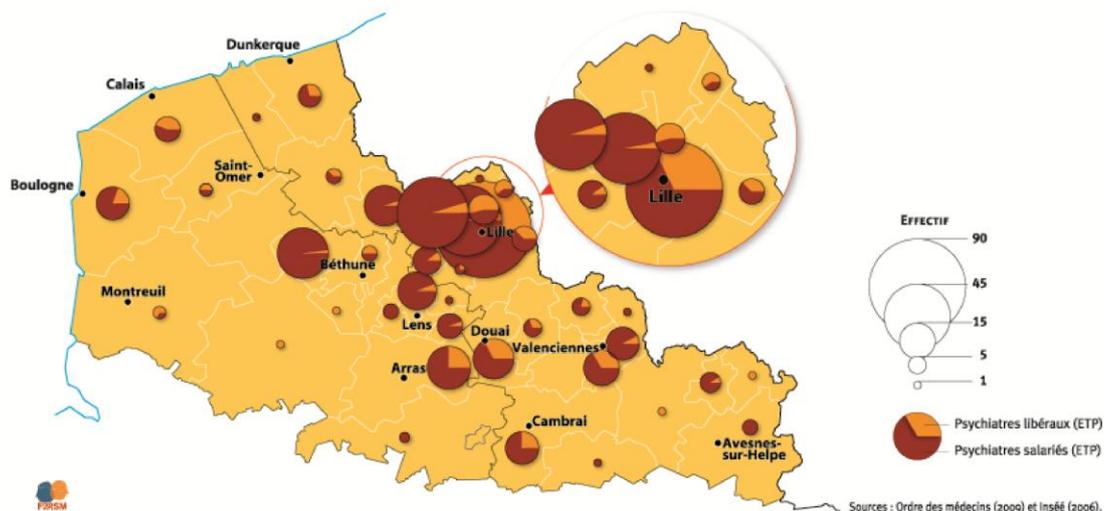
En 2005, l'ORS Nord - Pas-de-Calais établissait qu'un psychiatre était « au service » en moyenne de 4 320 habitants en France, de 7 638 dans notre région (6 522 dans le Nord, 10 967 dans le Pas-de-Calais).

Les densités infrarégionales sont extrêmement variables. Le Pas-de-Calais (8 psychiatres pour 100 000 habitants) présente une densité plus faible que celle du Nord (14). Les territoires où sont implantés les EPSM, ainsi que les secteurs d'Arras et de Valenciennes connaissent les taux les plus élevés. Par ailleurs les densités sont globalement plus fortes à proximité de la Métropole Lilloise et inférieures à la moyenne régionale quand on s'en éloigne.

Les psychiatres en très fort sous-effectif [174]

Nombre de psychiatres en ETP* selon leur statut en 2009 Répartition par secteur regroupé* de psychiatrie adulte dans le Nord - Pas-de-Calais

Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais, Avril 2010, modifié en Décembre 2011, F2RSM



*ETP : les équivalents temps plein sont additionnés, quelque soit le nombre de personnes distinctes qui occupent les postes (deux personnes à mi-temps totalisent par exemple 1,00 ETP ; trois personnes à quart temps 0,75 ETP.

*Secteur regroupé : dans le cas où une ville comprend tout ou partie de plusieurs secteurs, nous avons nommé secteur regroupé l'agrégat des secteurs qui l'englobent (c'est le cas de Cambrai, Denain, Douai, Dunkerque, Lille, Roubaix, Tourcoing dans le Nord et d'Arras, de Boulogne et de Calais dans le Pas-de-Calais). Dans les 36 autres cas, le secteur regroupé est identique au secteur.

Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais Avril 2010 [174]

Effectifs des psychiatres selon leur spécialité et leur statut. 2006. En ETP(1). [174]

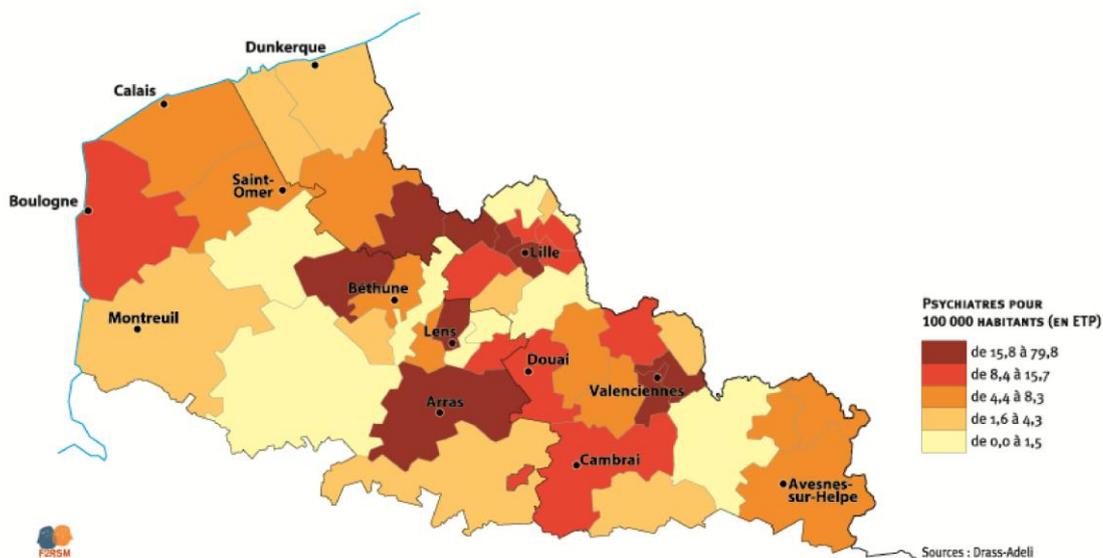
	Psychiatres	Pédopsychiatres	TOTAL
Salariés	392	23	415
Libéraux	103	5	108
TOTAL	495	28	523

Source : Adeli. (1) : Equivalents temps plein, en vue de tenir compte des médecins en exercice mixte, comptabilisés 0,5 ETP libéral et 0,5 ETP salarié.

Densité de psychiatres en ETP* (salariés et libéraux) en 2009

Répartition pour 100 000 habitants, par secteur regroupé* de psychiatrie adulte dans le Nord - Pas-de-Calais

Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais, Avril 2010, modifié en Décembre 2011, F2RSM



*ETP - les équivalents temps plein sont additionnés, quel que soit le nombre de personnes distinctes qui occupent les postes (deux personnes à mi-temps totalisent par exemple 1,00 ETP; trois personnes à quart temps 0,75 ETP).
*Secteur regroupé : dans le cas où une ville comprend tout ou partie de plusieurs secteurs, nous avons nommé secteur regroupé l'agrégat des secteurs qui l'englobent (c'est le cas de Cambrai, Denain, Douai, Dunkerque, Lille, Roubaix, Tourcoing dans le Nord et d'Arras, de Boulogne et de Calais dans le Pas-de-Calais). Dans les 36 autres cas, le secteur regroupé est identique au secteur.

Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais Avril 2010 [174]

3- MATERIEL et METHODE :

- Le déroulement

Il s'agit d'une **Etude descriptive quantitative et transversale**. La Population étudiée est représentée par l'ensemble des Médecins Psychiatres Hospitaliers du Nord – Pas-de-Calais.

Un auto-questionnaire **anonyme** a été envoyé par voie postale fin mai 2011, avec une enveloppe réponse préaffranchie.

403 questionnaires ont été envoyés à tous les Psychiatres Hospitaliers des différents EPSM et CH de notre région.

En Annexe 7 sont représentés le nombre de questionnaires envoyés et le lieu d'exercice des Psychiatres de la Cohorte.

Compte tenu de l'Anonymat exigé pour l'étude, un envoi-réponse par mail n'était pas possible. Avant l'envoi, pour accentuer le taux de réponse nous avons présenté le projet aux principaux **représentants des établissements CH et EPSM** du Conseil Scientifique de la F2RSM. Nous avons également présenté notre travail **lors des réunions de CME à l'EPSM** des Flandres et à l'EPSM de l'Agglomération Lilloise. Nous avons parlé de notre Etude à la majorité des Psychiatres de l'EPSM dans lequel nous travaillons : EPSM Val de Lys Artois à SAINT VENANT.

L'Association des Internes en Psychiatrie de LILLE a contribué à la « mobilisation du réseau de Psychiatres ».

Un délai limite de réception des questionnaires »retours » à été fixé à 1 mois. En raison d'un fort taux de réponses, et pour respecter les non-répondants, nous avons décidé de ne **pas** réaliser de **rappel**.

- **Le Questionnaire (Annexe 8)**

Le Questionnaire, tout comme le sujet a été élaboré en plusieurs étapes. Notre souhait était initialement, non seulement d'étudier la prévalence mais aussi d'isoler des facteurs étiologiques et éventuellement spécifiques aux Psychiatres dans la survenue du burn out.

Pour des raisons pratiques et statistiques nous sommes convenus de nous maintenir à l'objectif principal :

Quelle est la Prévalence et le degré de burn out chez les Médecins Psychiatres de notre région ?

Pour y répondre, nous avons utilisé l'outil de mesure, actuellement encore le plus utilisé dans l'étude du burn out au niveau international. Il s'agit du **MBI ou MALACH BURNOUT INVENTORY**.

Cette échelle de mesure est un outil simple d'utilisation, fiable, valide et validé en français. Malgré l'apparition de nombreuses échelles, **le MBI reste à ce jour l'outil et l'instrument de mesure de référence dans l'étude du burn out.**

1-Le MBI

C'est une **échelle de fréquence** composée de **22 items** qui explorent les 3 dimensions qui définissent le burn out :

- **L'Épuisement Emotionnel (EE)**
- **La Dépersonnalisation (DP) ou déshumanisation**
- **La perte de l'Accomplissement Personnel (AP)**

Chaque dimension est explorée par un certain nombre d'items, dans le désordre :

Dimension du MBI	Nombre d'Items	Questions
EE	9 items	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18
DP	5 items	5, 10, 11, 15, 22
AP	8 items	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

La cotation de chaque item se fait en termes de fréquence de 0 à 6 :

Cotation	Fréquence correspondante
0	Jamais
1	Quelques fois par an
2	Une fois par mois
3	Quelques fois par mois
4	Une fois par semaine
5	Quelques fois par semaine
6	Tous les jours

L'Interprétation des Résultats du MBI :

- Il ne s'exprime **PAS** sous forme d'un score global mais sous forme d'un score dans chacune des 3 dimensions (EE, DP, AP).
- **Chaque score est exprimé en « bas/modéré/élevé »** selon la Version Originale du MBI (Manual de MASLACH et JACKSON). [11]
- **Un score ELEVE d'Épuisement Emotionnel (EE) OU de Dépersonnalisation (DP) OU un score BAS d'Accomplissement Personnel (AP) suffisent à définir le burn out.**
- **Et en cas de burnout, le degré de gravité peut être déterminé.**
Le burnout est dit Faible, Moyen ou Sévère en fonction du nombre de dimensions atteintes* :
 - **Burn out Faible** : si atteinte de l'une des 3 dimensions.
 - **Burn out Moyen** : atteinte de 2 des 3 dimensions
 - **Burn out Sévère** : atteinte des 3 dimensions

***Une dimension atteinte = score EE OU DP élevé OU score AP bas.**

■ Burn out OU PAS Burnout ?

En fait, comme nous l'avons vu dans le chapitre I – III (Evaluation), il n'est pas possible de répondre radicalement et de manière binaire à la question : « burnout ou pas burnout ? ». Les auteurs considèrent le burnout comme une variable continue traduisant un degré d'épuisement faible, moyen ou élevé.

Pendant nous allons considérer que :

La personne présente des signes Burn out ou d'Épuisement Professionnel dès l'atteinte d'au moins l'une des 3 dimensions du MBI.

MBI Version Originale Internationale, MBI-HSS [11]			
SCORE	Les DIMENSIONS du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé	≥ 27	≥ 13	0 - 30
Modéré	17-26	7 - 12	31 - 36
Bas	0 - 16	0 - 6	≥ 37

D'après le MBI Manuel de MASLACH et JACKSON : MBI-HSS (MASLACH C., JACKSON S., 1996) [11]

■ Evaluation de la gravité : le degré de Burnout

- Burnout FAIBLE : Atteinte isolée d'1 des 3 dimensions

Score	Dimension		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

OU

Score	Dimension		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

OU

Score	Dimension		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

- Burn Out MOYEN : Atteinte de 2 des 3 dimensions

SCORE	Dimension		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

OU

SCORE	Dimension		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

OU

SCORE	Dimension		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

- Burn out SEVERE : TOUTES les DIMENSIONS du MBI sont atteintes

Score	Atteinte simultanée des 3 dimensions du MBI

	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

A noter qu'il existe **une version française** pour l'interprétation des résultats de l'échelle MBI qui diffère de la version originale validée et utilisée dans la littérature scientifique internationale. Nous avons demandé aux biostatisticiens de faire une simulation en utilisant les valeurs retenues dans les études françaises pour permettre la comparaison de nos résultats aux Etudes en France. Et par ailleurs pour discuter de l'importance des différences entre ces 2 versions.

MBI Version Française			
Score	Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé	≥ 30	≥ 12	0 - 33
Modéré	18- 29	6 - 11	34 - 39
Bas	0-17	0 - 5	≥ 40

Traduction Fontaine du MBI (CANOUI P., MAURANGES A., 2008) [40]

2- Les Variables associées au MBI dans le questionnaire

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'objectif de l'étude est de déterminer la prévalence et le degré de burn out chez les psychiatres de la région. Il ne s'agit pas ici d'une étude à visée étiologique et l'objectif n'est pas d'isoler des facteurs de risque d'épuisement professionnel.

Nous avons seulement retenu quelques variables que nous avons associées au MBI et qui sont les suivantes :

- **L'Age**
- **Le Sexe**
- **Le Lieu d'exercice** : EPSM ou CH
- **Le Type d'exercice** : Psychiatrie Adulte, Pédopsychiatre ou Addictologie
- **Le Positionnement des Psychiatres Etudiés par rapport au burn out** :
*Est-ce que les répondants pensent que, de manière générale les Psychiatres sont concernés par l'Epuisement Professionnel ?
Et est-ce qu'ils se sentent (ou se sont sentis) personnellement concernés par l'épuisement professionnel ?*

En Statistiques Comparatives, ces variables seront néanmoins confrontées aux scores de MBI pour tenter de les corrélérer et de mettre en évidence un éventuel lien statistiquement significatif.

4 – RECUEIL des DONNEES et ANALYSE STATISTIQUE

La saisie des données s'est effectuée 1 mois après l'envoi des questionnaires. Les données ont été transmises à la Plate-forme d'Aide Méthodologique sous forme d'un fichier tableur unique au format XLS compatible avec Microsoft EXCEL 2000. L'Analyse Statistique a été réalisée par le Service de Biostatistiques au Pôle de Santé Publique au CHRU de LILLE (Professeur DUHAMEL et Docteur Emmanuel CHAZARD, Maître de Conférences). L'Analyse est constituée de 2 parties :

√ Statistiques descriptives

Les Représentations graphiques des variables utilisées sont les suivantes :

- Le Graphique « camembert » pour toutes les variables binaires (sexe, lieu et type d'exercice).
- L'Histogramme pour l'âge (variable quantitative).

√ Statistiques comparatives

Le Test Statistique utilisé est le Test du Chi-2 de Pearson.

Le Principe : Rechercher une association entre 2 variables qualitatives. Ce test est soumis à certaines conditions pour pouvoir être utilisé (les effectifs théoriques calculés doivent être tous supérieurs ou égaux à 5).

Exemple : sexe ou âge VS burn out

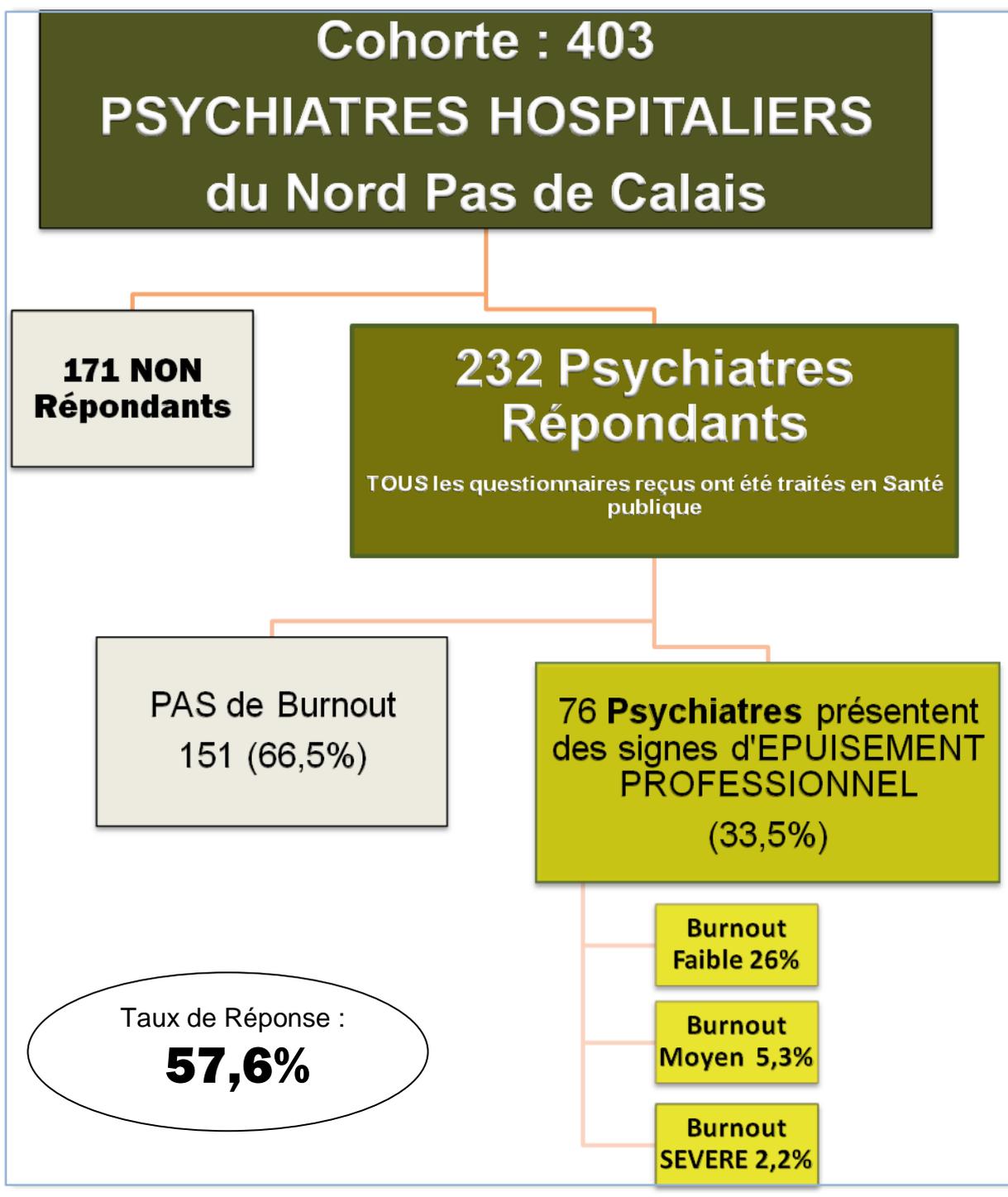
- Test significatif ($p \leq 0,05$) : « Nous observons une association statistiquement significative entre 2 variables A et B au risque de 5% »
- Test non significatif ($p > 0,05$) : « Nous n'observons pas d'association statistiquement significative entre 2 variables A et B au risque de 5% »

Le Coefficient de concordance Kappa : de 0 à 1 permet de dire s'il y a concordance ou discordance entre 2 variables comparées.

La concordance est d'autant plus faible si le coefficient est proche de 0.

II-Les RESULTATS de l'ETUDE

I- Organigramme de l'Etude



II- Participation à l'Enquête : le TAUX de REPONSE

*Un questionnaire à été adressé par voie postale à l'ensemble des Médecins Psychiatres Hospitaliers de la Région : des 4 EPSM, des CH et du CHR de Lille. **403 questionnaires ont été envoyés** fin mai 2011 et les réponses ont été recueillies fin juin 2011. Les Psychiatres de la région ayant répondu sont au nombre de **232**. **Tous les questionnaires retournés ont pu être exploités en Santé Publique** : les questionnaires incomplets ont pu être utilisés malgré l'existence de valeurs manquantes.*

Le taux de réponse est de 57,6 %.



III - Statistiques DESCRIPTIVES : **Caractéristiques de la Population** **Etudiée**

✓ **Caractéristiques démographiques**

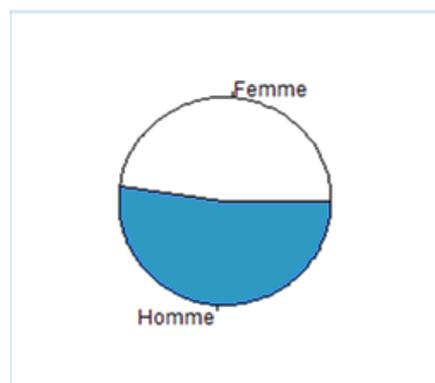
- **Le Sexe**

Dans notre étude, 121 Psychiatres répondants sont des hommes, soit 52,4%.
Les Psychiatres femmes sont au nombre de 110, soit 47,6 %.

Répartition des Psychiatres répondants en fonction du SEXE

SEXE	Effectif	Pourcentage
♀ Féminin	110	47,6 %
♂ Masculin	121	52,4 %

Valeur manquante : 1



Répartition des répondants en fonction du SEXE

- **L'Age**

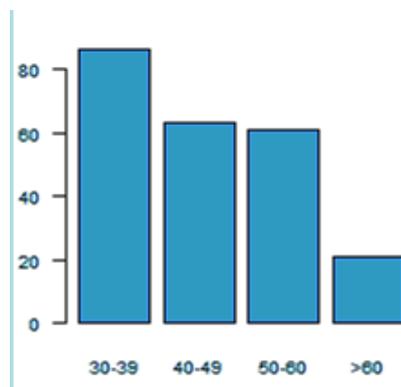
Dans notre Etude, près de 2/3 des Psychiatres répondants (64,5%) ont moins de 50 ans. Un tiers des psychiatres répondants (35,5%) ont plus de 50 ans, dont 9% ont plus de 60 ans.

Répartition des Psychiatres Répondants en fonction de l'AGE

AGE par tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
30 à 39 ans	86	37,2%
40 à 49 ans	63	27,3%
50 à 60ans	61	26,4%

Plus de 60 ans	21	9,1%
----------------	----	------

Valeur manquante : 1



Répartition des répondants en fonction de l'AGE, par tranches d'âge

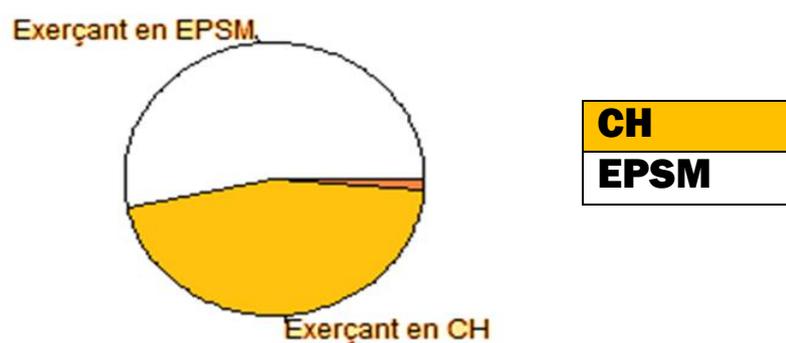
√ **Caractéristiques professionnelles**

- **LIEU d'EXERCICE**

Les psychiatres ayant répondu à l'enquête travaillent en EPSM pour 54% d'entre eux et en CH dans 64% des cas.

LIEU d'EXERCICE	Effectif	Pourcentage
EPSM	124	54%
CH	105	64%

Valeurs manquantes : 3



Répartition des répondants en fonction du LIEU d'EXERCICE : EPSM /CH

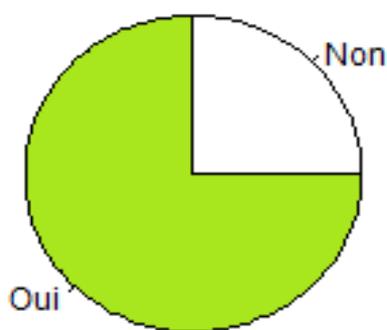
- **TYPE d'EXERCICE**

Un quart (25%) des Médecins répondants sont Pédopsychiatres. Les Psychiatres travaillant en Psychiatrie adulte représentent 75% des répondants, dont 4% d'entre eux sont Addictologues.

Répartition des Psychiatres répondants en fonction de leur TYPE d'EXERCICE

TYPE d'EXERCICE	Effectif	Pourcentage
Pédopsychiatrie	58	25,1%
Psychiatrie Adulte	163	70,6%
Addictologie	10	4,3%
Total	231	100%

Valeur manquante : 1



Psychiatrie ADULTE Et Addictologie
Pédopsychiatrie

Répartition des répondants en fonction du TYPE d'EXERCICE

Les Addictologues sont intégrés en Psychiatre Adulte dans ce graphique, d'où un rapport de 75% / 25%.

✓ Représentativité de la Population de Psychiatres Répondants par rapport à la Population de Psychiatres du Nord Pas de Calais ?

Pour y répondre, nous nous sommes basés sur les données statistiques de la démographie médicale des Psychiatres de la région (Source DREES ADELI ORS du Nord - Pas de Calais) et sur les données de notre cohorte, les psychiatres auxquels nous avons envoyés un questionnaire.

- L'Effectif

En Annexe 9 sont représentés les Effectifs de Psychiatres du Nord-Pas de Calais (2008) et leur répartition par tranche d'âge (2003).

Le nombre total de Psychiatres dans la Région du Nord Pas de Calais (Source ADELI) est de 529 en 2010 (et 523 en 2006, 541 en 2007, 548 en 2008). Ces chiffres sont relativement stables. [175] Sans pouvoir l'affirmer avec certitude, l'Effectif de notre Cohorte nous semble représentatif car nous avons adressé un questionnaire

à **403 Psychiatres de la Région**, c'est-à-dire à la quasi-totalité des Psychiatres Hospitaliers de la Région (hormis les psychiatres du GHICL (9) et du CHAM (3), qui ont été oubliés, ce qui aurait fait un total de 415).

- L'Age

Entre 1990 et 2005, l'âge moyen des psychiatres n'a cessé d'augmenter, en passant de 44 ans à 50 ans. (ADELI, DREES) [175]

En 2006, l'âge moyen des Psychiatres du Nord Pas de Calais est de 48,4 ans contre 53,1ans pour l'ensemble des Psychiatres de la France métropolitaine. La part régionale des psychiatres des plus de 60 ans est de 13,9%, 18,9% ont moins de 40 ans, 29,9% ont plus de 55ans. (DREES Traitement ORS Nord Pas de Calais 2006). [176] (Cf. Annexe 9)

Comparaison de la répartition des Psychiatres par tranche d'âge des Psychiatres de la région selon ADELI en 2003, avec les tranches d'Age des Psychiatres répondants à l'enquête				
	- de 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	Plus de 60ans
Nord Pas de Calais selon ADELI en 2003	24%	35,7%	29,3%	11,5%
Psychiatres répondants Notre Enquête 2011	37,2%	27,3%	26,4%	9%

Les Psychiatres répondants semblent également bien représenter la Population de Psychiatres Hospitaliers de notre région bien que **les « - de 39 ans » soient un peu plus nombreux et que les « plus de 50 ans » le soient un peu moins**, si on les compare à la population des Psychiatres salariés en 2003.

- Le Sexe

Evolution de la répartition des sexes : la féminisation de la Psychiatrie.

Entre 1990 et 2005, la proportion de femmes chez les psychiatres est passée de 35,4% à 43,2%. Ce mouvement de féminisation est comparable à celui observé pour l'ensemble des médecins (omnipraticiens comme spécialistes), où ces taux sont passés de 30% à 38%.

Mais le taux de féminisation de la psychiatrie est l'un des plus élevés.

- Données statistiques ADELI, DRASS, ORS (2003) :

SEXE des Psychiatres du Nord Pas de Calais, 2003	♂	♀

Source : Répertoire ADELI, DRASS, ORS du Nord - Pas de Calais

- Données de notre Etude

SEXE de la Cohorte, Psychiatres	♂	♀

étudiés, 2011		
Nombre	231♂	172♀
%	57,3%	42,7%

SEXE des Psychiatres répondants, 2011	♂	♀
Nombre	121♂	110♀
%	52,4%	47,6%

Les proportions de psychiatres hommes / psychiatres femmes parmi les Psychiatres ayant répondu à l'enquête sont très proches des proportions de la cohorte initiale. Les différences constatées avec les données statistiques en 2003 (ADELI, DREES), où la proportion des Psychiatres hommes est nettement dominante peut s'expliquer par la féminisation de la Médecine en général et de la Psychiatrie en particulier.

- Le TYPE et le LIEU d'EXERCICE

Pour les variables TYPE et LIEU d'EXERCICE, le recensement récent des Psychiatres du Nord Pas de Calais réalisé à la Fédération de Recherche en Santé Mentale en début 2012, a permis aux Médecins de la plateforme d'Aide Méthodologique de LILLE de réaliser, en toute rigueur, un test de Chi-2 pour évaluer la représentativité de notre échantillon.

✓ *Données de la Fédération :*

Répartition des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais selon le type et le lieu d'exercice (2012)

Effectif	CH	EPSM	Total
Psychiatres (Psy Adulte)	124	154	278 (71,47%)
Pédopsychiatres	45	49	94 (24,16%)
Addictologues	7	3	10 (2,57%)
Pénitentiaire	7	-	7 (1,80%)
Total	183 (47%)	206 (53%)	389 (100%)

Source : Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais

✓ *Données de notre Etude :*

- TYPE d'EXERCICE

	Effectif	%
Psychiatres (Adulte)	163	70,6 %
Pédopsychiatres	58	25,1%
Addictologues	10	4,3%
Total	231	100%

Valeur manquante : 1

- LIEU d'EXERCICE

	CH	EPSM	Total
Effectif	105	124	229
%	46%	54%	100 %

Valeurs manquantes : 3

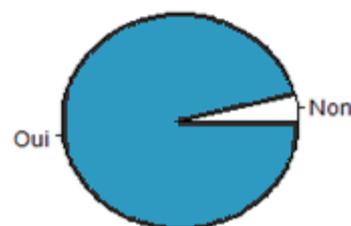
Le test du Chi-2 réalisé ne montre pas de différence statistiquement significative entre l'échantillon étudié (Psychiatres répondants) et l'échantillon recensé (Psychiatres de la région), au risque de 5%.

Nous pouvons donc considérer que les Psychiatres REpondants à l'Etude sont représentatifs des PSYCHIATRES HOSPITALIERS du Nord Pas de Calais en ce qui concerne leur LIEU et TYPE d'EXERCICE.

En ce qui concerne l'âge et le sexe, les répondants semblent être représentatifs mais nous ne pouvons l'affirmer avec certitude.

✓ **Positionnement des Psychiatres Participants par rapport à l'EP**

	Effectif	%
NON	9	4%
OUI	217	96%
Total	226	100%

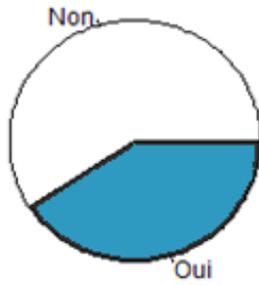


Valeur

s manquantes : 6

La réponse affirmative et massive à cette question doit être interprétée avec prudence car la question et le sujet de l'Etude sont très probablement des Inducteurs de la réponse.

	Effectif	%
NON	136	59%
OUI	94	41%
Total	230	100%



Valeurs manquantes : 2

	Effectif	%
NON	85	38%
OUI	137	62%
Total	222	100%



Valeurs manquantes : 10

IV - STATISTIQUES DESCRIPTIVES : Les RESULTATS du MBI

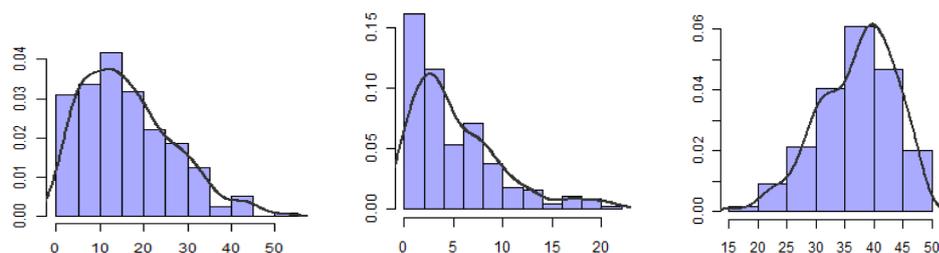
- Histogrammes des dimensions du MBI

L'Histogramme est un graphique qui représente en abscisse les valeurs de la variable étudiée et en ordonnée une estimation de la densité de probabilité de ses valeurs.

Sont représentés ici, pour chaque dimension du MBI (EE, DP et AP) en abscisse le score obtenu en additionnant les réponses pour les questions correspondant à la dimension. Exemple pour l'Épuisement Emotionnel (EE) : 9 items du MBI avec des réponses cotées de 0 à 6 : scores possibles de 0 à 54.

En ordonnée sont représentées le nombre de réponses en fonction des scores. A noter que la courbe de l'AP est inversée par rapport à celles des 2 autres dimensions parce le risque de burnout est d'autant plus élevé que l'AP est bas.





Histogrammes des dimensions du MBI

- Les SCORES des Psychiatres répondants pour chacune des 3 dimensions du MBI

Selon les normes de la version originale de MASLACH [11], les scores obtenus pour chaque dimension du MBI sont classés en « élevé », « modéré » et « bas ».
Rappelons que le burnout est défini par l'atteinte d'au moins une des 3 dimensions, c'est-à-dire : un score d'EE « élevé » OU un score de DP « élevé » OU un score d'AP « bas ».

A noter que dans l'interprétation, seul le score « pathologique » est pris en considération.

SCORE	Effectif	Pourcentage
Bas	129	57%
Modéré	53	23,5%
Elevé	44	19,5%
Total	226	100%

Valeurs manquantes : 6

SCORE	Effectif	Pourcentage
Bas	148	66%
Modéré	57	25,5%
Elevé	19	8,5%
Total	224	100%

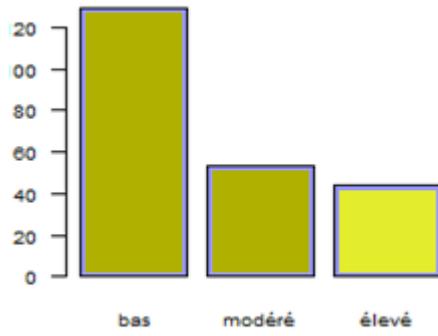
Valeurs manquantes : 8

--

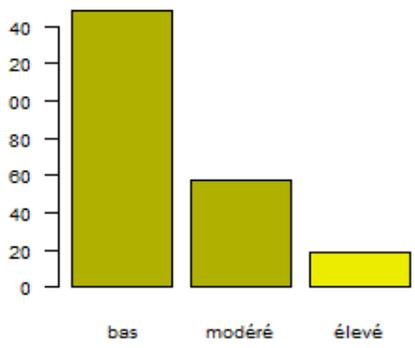
SCORE	Effectif	Pourcentage
Bas	35	16%
Modéré	55	25%
Elevé	128	58%
Total	218	100%

Valeurs manquantes : 14

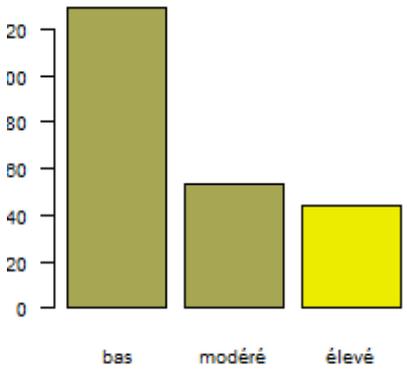
A l'inverse de la représentation des résultats dans les tableaux ci-dessus, les histogrammes (ci-dessous) présentent en abscisse, non pas les scores des dimensions mais le risque de burnout « en bas, modéré, élevé ». Pour l'accomplissement personnel : le risque est d'autant plus élevé que le taux d'AP est bas.



Epuisement Emotionnel (EE)



Dépersonnalisation (DP)

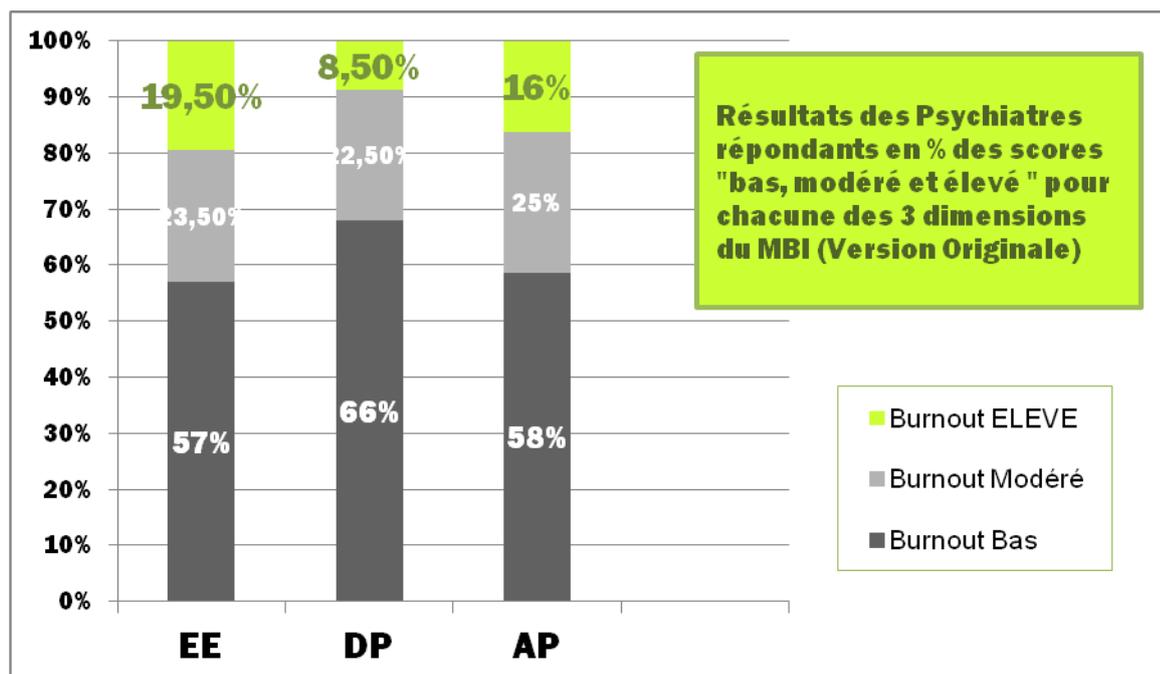


Accomplissement personnel (AP)

Scores de burnout élevés :

- **EE élevée**
- **DP élevée**
- **AP bas**

Histogramme des SCORES de BURNOUT pour chaque dimension du MBI



Histogramme des TAUX des SCORES de BURNOUT pour les 3 dimensions du MBI (EE, DP et AP) en « bas, modéré et élevé »

Dans notre Etude, la principale dimension atteinte chez les Psychiatres répondants et responsable du burnout est l'Épuisement Emotionnel (19,5% d'EE élevé), suivi de la dimension (Perte) de l'Accomplissement Personnel (16% d'AP bas). Par contre (et heureusement), la Dépersonnalisation semble moins fréquente (8,5% de DP élevé).

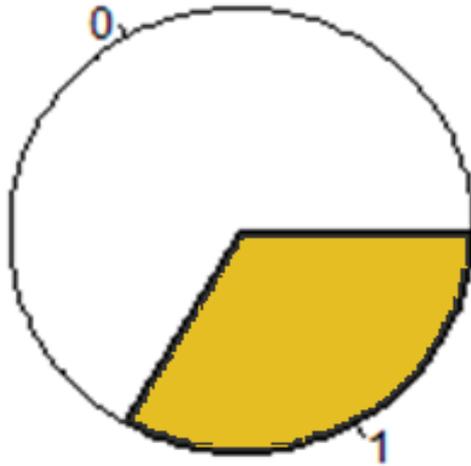
- **Les Psychiatres Hospitaliers de notre Etude sont ils en burnout ? Et si oui, quel est leur degré d'Épuisement Professionnel ?**

✓ **Version Originale du MBI**

Prévalence des signes d'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais ayant répondu à l'Etude MBI Version ORIGINALE

Signes d'EP	Effectif	Pourcentage
Non	151	66,5%
OUI	76	33,5%
Total	227	100%

Valeurs manquantes : 5



Dans notre Etude, et d'après le MBI original, 33,5% des Psychiatres présentent des signes d'Epuisement Professionnel

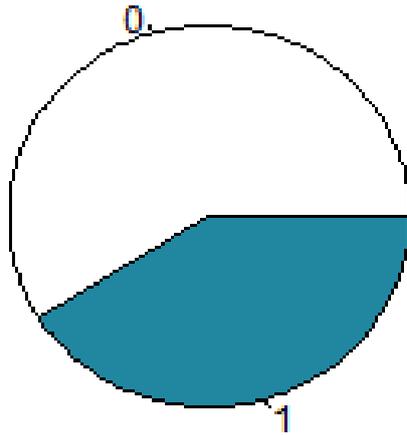
Sur les 232 répondants, 76 Psychiatres (33,5%) présentent des signes d'épuisement, c'est-à-dire au moins une atteinte des 3 dimensions du MBI en utilisant la Version Originale.

✓ **Version Française du MBI**

Prévalence des signes d'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais ayant répondu à l'Etude MBI Version FRANCAISE

Signes d'EP	Effectif	Pourcentage
Non	134	59%
	93	41%
Total	227	100%

Valeurs manquantes : 2



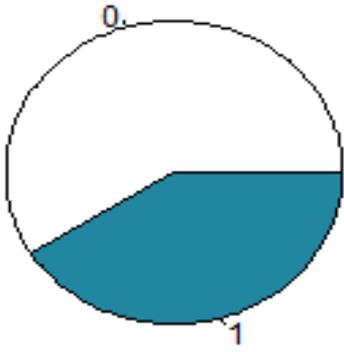
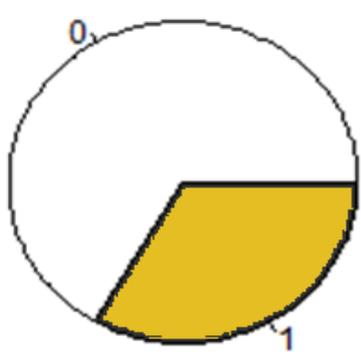
En utilisant la version Française du MBI, 41% de Psychiatres présentent des signes d'Épuisement Professionnel dans notre Etude.

NB. Ce taux correspond exactement au pourcentage de Psychiatres qui affirment être personnellement concernés par l'Épuisement Professionnel !

✓ **Comparaison des résultats selon la version du MBI utilisé**

BURNOUT	Version ORIGINALE		Version FRANCAISE	
	Effectif	%	Effectif	%
Non	151	66,5	134	59
OUI	76	33,5 %	93	41 %

Valeurs manquantes : 5



✓ **Evaluation des la SEVERITE du Burnout**

En fonction du nombre de dimensions atteintes, nous pouvons différencier des degrés de gravité de l'épuisement professionnel des Psychiatres.

Une dimension est considérée comme « pathologique » lorsque le score est élevé pour l'EE et la DP ou lorsque le score d'AP est bas.

Les STADES ou DEGRES de GRAVITE de l'Épuisement Professionnel des Psychiatres répondants

	Effectif	Pourcentage
PAS de burnout	151	66,5 %
EP FAIBLE	59	26 %
EP MOYEN	12	5.3 %
EP SEVERE	5	2.2 %
Total	227	100 %

Valeurs manquantes : 5



Stade de gravité ou degré d'Épuisement Professionnel des Psychiatres répondants

Psychiatres qui présentant une atteinte d'au moins l'une des 3 dimensions du MBI

Degré de gravité	Effectif	Pourcentage
Faible	59	77,6%
Modéré	12	15,8%
SEVERE	5	6,6%
Total	76	100%

✓ Caractéristiques des Psychiatres qui présentent un degré d'EP MODERE à SEVERE

Sur les 76 Psychiatres qui présentent des signes d'EP, 12 Psychiatres présentent degré de burnout MODERE et 5 présentent un degré SEVERE (atteinte des 3 dimensions).

Les 5 Psychiatres au stade SEVERE, affirment TOUS être personnellement concernés par l'EP. Ils travaillent tous en Psychiatrie Adulte. Ils semblent équitablement répartis en fonction de l'âge, du sexe et du lieu d'exercice.

Par contre, lorsqu'on observe les 12 psychiatres atteints d'un degré MODERE, nous constatons que **4 d'entre eux ne pensent pas être concernés par l'EP (soit presque 25% des 17 Psychiatres plus sévèrement atteints).**

Ces Psychiatres plus fortement touchés par l'EP, travaillent pour la majorité en Psychiatrie Adulte (88%). A la différence de ceux qui présentent un faible taux d'épuisement, nombreux sont ceux qui travaillent en CH (les rapports CH / EPSM sont près 65% / 35%). Ce sont des hommes dans environ 59% des cas et ce sont des Psychiatres jeunes pour la majorité d'entre eux (59% ont moins de 40 ans.). Un dernier élément : la dimension la plus fréquemment atteinte est la DP.

Principales Caractéristiques des 17 Psychiatres qui présentent un degré d'épuisement Professionnel MODERE à SEVERE (Cf. Annexe 10)														
	Nb Psy	MBI *	Âge du Psychiatre				Sexe		Lieu d'Exercice		Type d'Exercice			Psychiatres concernés par l'EP ?
			30-39	40-49	50-59	60+	♂	♀	EPSM	CH	Psy Adulte	Pp	Ad	
EP SEVERE	5	EE DP AP	2	1	2	-	3	2	2	3	5	-	-	5 OUI
EP Modéré	12	DP	8	1	2	1	7	5	4	8	10	1	1	8 OUI 3 NON
EP Sévère+ Modéré	17	DP	10 58,8%	2 11,7%	4 23,5%	1 5,9%	10 58,8%	7 41,2%	6 35,3%	11 64,7%	15 88,2%	1 5,9%	1 5,9%	23,5% NON 76,4% OUI
TOUS répondants	232	EE	37,2%	27,3%	26,4%	9,1%	52,4%	47,6%	54%	46%	70,6%	25,1%	4,3%	59% NON 41% OUI

Nb Psy : Nombre Psychiatres, MBI* Principale dimension atteinte Pp : Pédopsychiatrie, Ad : Addictologie

II - STATISTIQUES COMPARATIVES

Le test statistique utilisé dans notre étude comparative est le test du Chi-2. Le principe est de rechercher une association statistiquement significative entre 2 variables qualitatives.

Le test du Chi-2 sera significatif ($p \leq 0,05$) ou non significatif ($p > 0,05$), c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'association statistiquement significative observée entre les 2 variables étudiées au risque de 5%.

Le Coefficient de concordance Kappa (de 0 à 1) permet de dire s'il y a concordance ou discordance entre 2 variables comparées. La concordance est d'autant plus faible lorsque kappa est proche de 0.

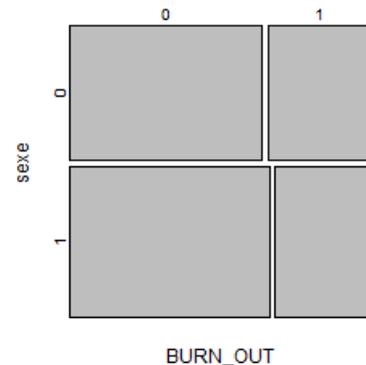
✓ **Recherche d'une ASSOCIATION entre le burnout et les variables étudiées (âge, sexe, lieu et type d'exercice)**

- **Le SEXE vs BURNOUT**

ASSOCIATION SEXE VS BURNOUT ?

SEXE	BURNOUT		Total
	OUI	NON	
♀	69	37	106
♂	79	38	117
Total	148	75	223

Test du Chi 2 : 0,7
 $P > 0,05$ donc nous n'observons pas de d'association significative entre l'EP et le sexe au risque de 5 %



- **Les AUTRES VARIABLES VS Burn out**

Nous n'observons pas d'association significative pour AUCUNE des variables associées avec le burnout.

Dans notre étude ni le sexe, ni l'âge, ni le lieu ou le type d'exercice des Psychiatres répondants ne sont associés au burnout de manière statistiquement significative, au risque de 5%.

Aucune analyse multi variables n'a été effectuée dans notre Etude, car aucune association statistiquement significative n'a été observée en bi-variable.

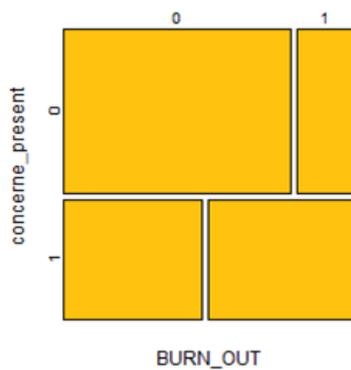
✓ **L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL vs PERCEPTION des PSYCHIATRES REpondants**

	Psychiatres NON	Psychiatres « ÉPUISÉS »	Total
--	------------------------	--------------------------------	--------------

	épuisés		
Psychiatres NON concernés	103	26	129
Psychiatres CONCERNES	45	48	93
Total	148	74	222*

Valeurs manquantes : 10

*A noter que dans notre Etude, les statistiques comparatives sont effectuées sur 222 des 232 Psychiatres répondants. Les addictologues n'ont pas été retenus en raison de leur nombre insuffisant (10).



Test Chi 2 : 0,03

Coefficient de concordance kappa : 0,328

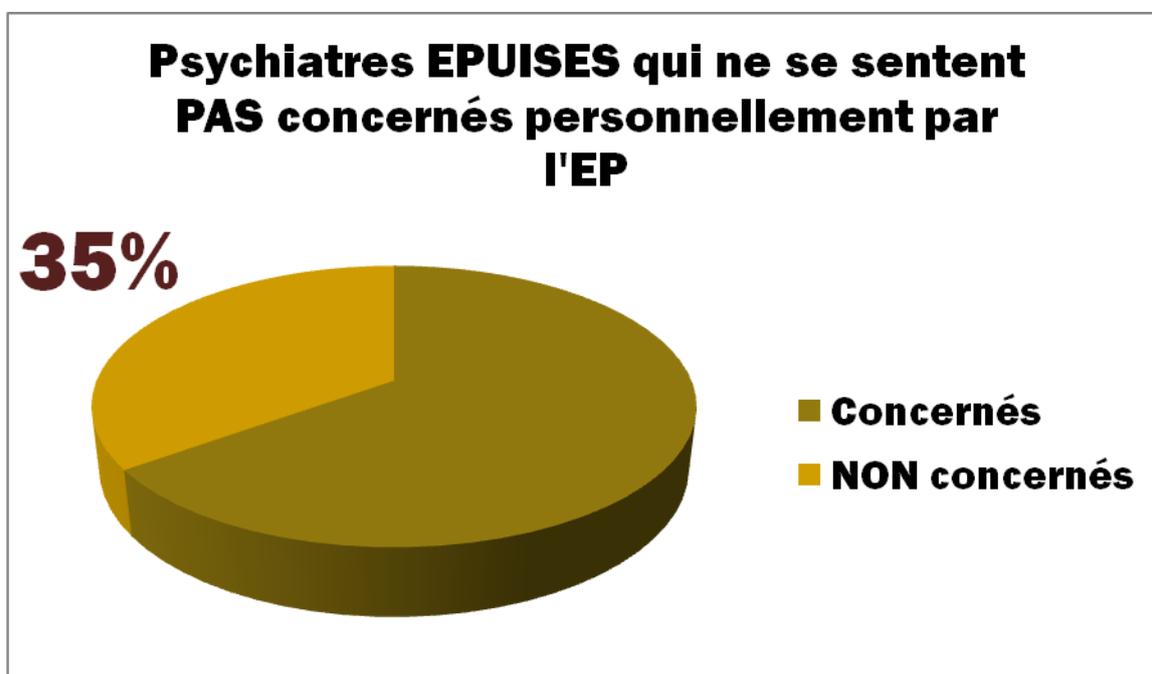
Parmi l'ensemble des Psychiatres répondants à notre enquête 26 (soit 11,8%) d'entre eux sont épuisés mais affirment ne pas se sentir personnellement concernés par l'épuisement professionnel.

Le coefficient de concordance étant faible, nous pouvons dire qu'il y a une faible concordance entre l'EP et le fait d'affirmer se sentir concerné ou pas.

✓ **Les PSYCHIATRES EPUISES sont-ils
CONSCIENTS de l'ETRE ?**

Psychiatres « EPUISES »		
	Effectif	Pourcentage
NON concernés par l'EP	26	35%
CONCERNES par l'EP	48	65%
Total	74	100%

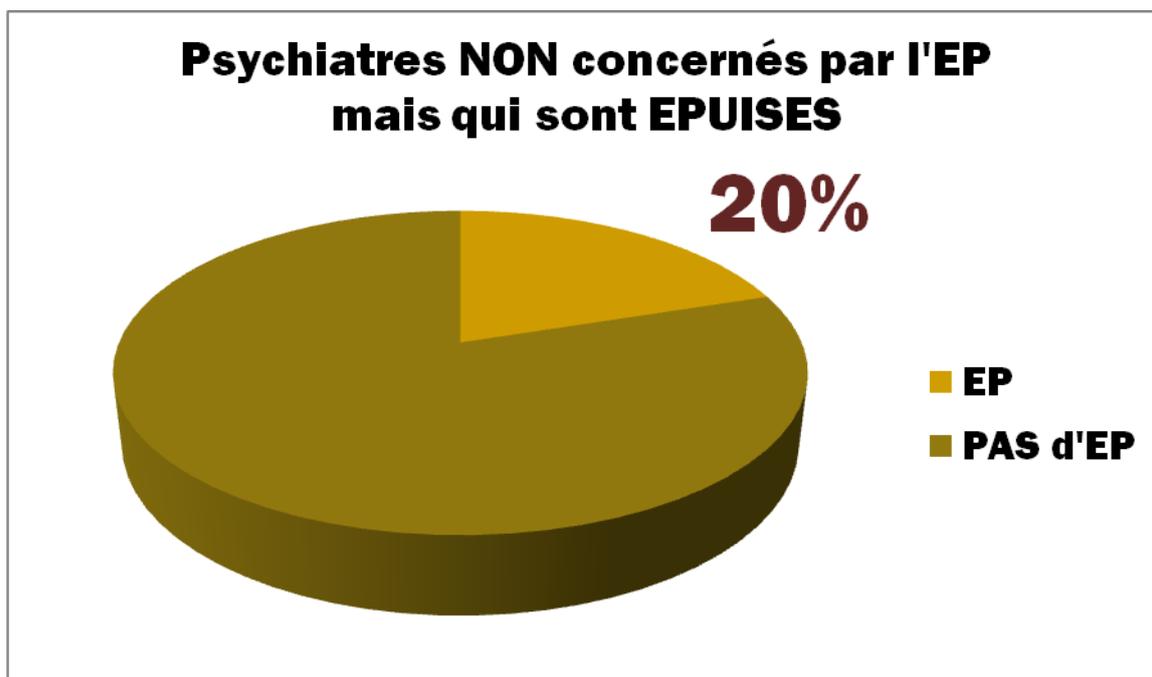
35% des Psychiatres épuisés affirment ne pas être concernés par l'épuisement professionnel et nous pouvons supposer qu'ils ne pensent pas l'être.



- **Les PSYCHIATRES qui affirment NE PAS ETRE personnellement CONCERNES par l'EP sont-ils réellement épargnés ?**

Psychiatres NON concernés		
	Effectif	Pourcentage
Psychiatres « EPUISES »	26	20%
Psychiatres NON épuisés	103	80 %
Total	129	100%

20% des Psychiatres qui affirment ne pas se sentir concerné par l'épuisement professionnel sont épuisés.



III- DISCUSSION

1 - Généralités

L'Épuisement Professionnel suscite depuis de nombreuses années un intérêt croissant pour les Professionnels de Santé et les Médecins en particulier. En France, la quasi exclusivité des études sur le burnout porte sur les Médecins Généralistes.

Lors de mes Etudes en Médecine, je me suis intéressée à la Santé de Médecins et me suis demandé si la médecine n'était pas une « Profession à risque ». En tant qu'Interne de Médecine Générale travaillant en Santé Mentale, mon souhait était de réaliser ma Thèse sur un sujet qui recouvrait à la fois la santé physique et psychique. Le Docteur Thierry DANIEL a été à l'initiative de ce projet. Il m'a proposé d'étudier l'Épuisement Professionnel des Psychiatres de notre région. La Fédération de Recherche en Santé Mentale du Nord Pas de Calais a contribué à la réalisation de ce travail.

A notre connaissance, les seules Etudes réalisées auprès des Médecins Psychiatres Français, sont à ce jour : l'Etude SESMAT [87] et le travail de Thèse réalisé par Albane LACOUTURE sur les Psychiatres en Haute Normandie [88].

2 - Accueil de l'étude

Le taux de réponse à l'Etude est de 57,6%.

Les hypothèses de ce taux de réponse élevé sont les suivantes :

- **Une Mobilisation FORTE du « Réseau de Psychiatres de la Région »**

Nous attribuons ce taux en grande partie à la diffusion de l'existence de l'Etude par les membres de la Fédération de Recherche en Santé Mentale (membres du Conseil Scientifique, représentants de la fédération dans les CH et EPSM de la région). Nous avons également présenté le projet lors des Réunions de CME dans l'EPSM de BAILLEUL, de SAINT ANDRE lez LILLE ainsi que dans notre EPSM (Val de Lys Artois à SAINT VENANT). L'Association des Internes de Psychiatrie de Lille nous a apporté son aide en « mobilisant le réseau par le bas ». De nombreux Internes ont sollicité les Praticiens Hospitaliers de leurs services pour leur demander de participer à l'Etude.

- **La qualité du questionnaire ?**

La taille du questionnaire (une page recto/verso) et l'utilisation d'un outil simple ont permis de répondre facilement et rapidement. La taille d'un questionnaire détermine fortement la motivation à y répondre (sous réserve que le sujet intéresse) Pour d'autres c'est un argument de considération avant un « classement vertical » ou « non important, non urgent ».

Le courrier d'accompagnement ne présentait aucune particularité (description de l'Etude), hormis le logo de la Fédération.

- **Une Enveloppe « retour » affranchie** a été jointe aux questionnaires

Pour faciliter le travail de l'«Autre», nous avons mis à disposition des 403 Psychiatres une enveloppe timbrée pour que le questionnaire soit « prête à envoi » !

- **Le Cadre de l'Etude : la FRRSM du Nord - Pas de Calais !**

Nous pensons qu'en plus de l'Aide réelle de la Fédération dans ce projet, elle a aussi apporté du « crédit » et de la valeur au travail et a de ce fait encouragé certains Psychiatres à répondre dans l'objectif d'apporter une aide à la Recherche en Santé Mentale et en l'occurrence à ceux qui la prennent en charge.

- **L'INTERET porté au SUJET par les Psychiatres de notre Région**

En dehors du poids donné à l'Etude par cette forte participation, le taux de réponse à également un sens en soi.

Les Psychiatres du Nord - Pas de Calais ont porté un intérêt réel au sujet. Alors qu'aucune place n'était réservée aux commentaires, nombreux sont ceux ont manifesté leur enthousiasme pour ce travail et ont exprimé leur désir de connaître les résultats.

3 - Limites et Biais

✓ Les Limites et Biais liés à la Méthodologie

- **Une Etude à un OBJECTIF UNIQUE**

Notre Etude est une Etude de Prévalence.

L'objectif était de répondre à une question : Les Psychiatres (de notre région) sont ils « OUI » ou « NON » concernés par l'Épuisement professionnel ? Et si Oui, à quel degré ?

L'Étude ne permet pas de rechercher les facteurs étiologiques pouvant être isolés et corrélés au degré d'épuisement professionnel.

Nous avons décidé de nous tenir dans un premier temps à ce premier objectif. Mais la recherche des causes pourrait faire l'objet d'Études ultérieures.

- La Limite liée à la COHORTE

C'est une Etude Régionale, qui a été réalisée au niveau du Nord Pas de Calais. Pour des raisons pratiques et logistiques nous avons décidé de nous « contenter » d'étudier dans un premier temps les Hospitaliers.

N'ont pas été inclus dans l'Étude les Psychiatres Libéraux, ni les Psychiatres travaillant en Clinique. Pour rappel, les Libéraux représentent tout de même 25% de l'ensemble des Psychiatres de la Région. (ADELI, 2007) [175]

Par expérience lors des Etudes réalisées dans le cadre de la Fédération, les Libéraux répondent plus difficilement aux enquêtes et notre crainte était de rencontrer de réelles difficultés dans l'interprétation lors de la comparaison des résultats en fonction des modes d'exercice.

Un dernier élément concernant la cohorte : pour des raisons que je ne peux expliquer, les questionnaires destinés aux Psychiatres du GHICL et du CHAM n'ont pas été envoyés.

- Limites liés à l'OUTIL d'évaluation : MBI

L'échelle actuellement la plus utilisée pour évaluer le burnout est le MBI pour ses qualités psychométriques et sa validité. Pourtant elle est basée sur une mesure subjective et des travaux pourraient être orientés vers une évaluation clinique du burnout.

- La Principale LIMITE du MBI

Le MBI ne permet pas de répondre : « Burnout ou PAS de Burnout », ni en un degré de prévalence unique mais les résultats sont présentés en fonction de chaque dimension.

La classification actuelle en niveaux de burnout est basée sur des normes statistiques arbitraires : l'échantillon-témoin du MBI a été divisé en trois groupes de taille équivalente, soit 33,3% chacun. Les auteurs considèrent donc que le tiers supérieur a un haut niveau de burnout, et le tiers inférieur un faible niveau. En conséquence, un score à chaque échelle a été défini afin de diviser la population témoin en 3 parties égales.

Il est important de noter qu'aucune raison clinique valide n'existe pour utiliser cette limite 2/3 – 1/3 pour définir la limite du burnout.

Maslach précise que ces scores numériques ne sont donc pas suffisants pour poser un diagnostic (Maslach et al. 1996) [11]

Il n'y a à ce jour qu'aux Pays-Bas ou des scores-limites valides cliniquement ont été proposés (Schaufeli et al. 2001). [177]

Ils se situent respectivement au 95^e et au 75^e percentile des échantillons normatifs néerlandais pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

Ils correspondent à des individus cliniquement épuisés professionnellement, en demande de soins et répondant au seul diagnostic psychiatrique qui est la neurasthénie liée au travail de la CIM-10. Ce sont donc des scores-limites bien plus hauts que ceux proposés par Maslach.

- **Il n'y a pas non plus de consensus en termes de nombre de dimensions à prendre en compte pour définir le burnout.**

Certains auteurs s'accordent pour n'utiliser que les deux premières dimensions (EE et DP). La dimension de l'accomplissement personnel est en effet trop hétérogène par rapport aux deux autres (**Schaufeli et al. 1998**). [78]

Une méta-analyse récente (LOUREL et Al., 2007) [77] montre que la 3^{ème} dimension (l'accomplissement personnel), n'est pas toujours corrélée de manière significative aux 2 autres dimensions que sont l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation.

Les résultats vont dans le sens de LEITER et SCHAUFELI, pour qui la dimension AP évolue indépendamment des 2 autres et qui estiment que la place de cette dimension reste à approfondir pour ne pas dire qu'elle est discutable.

- **L'Interférence possible avec les troubles psychiatriques**

Des Médecins qui présenteraient des troubles anxieux ou dépressifs mais non épuisés sur un plan professionnel pourraient entraîner une surestimation de la prévalence par interaction avec l'échelle MBI.

En effet, 70% des individus qui font partie des 5% qui ont les scores les plus élevés d'EE et de DP du MBI sont identifiés comme souffrant d'un trouble psychiatrique.

Pour le sentiment d'efficacité professionnelle, cela ne concerne que 14% des individus (**Schaufeli et al., 1994**). [178]

A noter que les patients dépressifs compris dans ces 5% peuvent l'être à cause du burnout.

- Enfin et plus à titre d'information : 2 des 22 items du MBI semblent avoir été moins bien compris car une dizaine de psychiatres répondants se sont abstenus d'y répondre. Ce sont les items 4 et 7.

4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent.

7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.

✓ **Le Biais de SELECTION**

Pendant la période d'information sur l'existence de l'Etude, le projet a été présenté davantage en EPSM qu'en CH.

Néanmoins, pour le lieu d'exercice, les psychiatres répondants sont représentatifs des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais car un test du Chi-2 n'a pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative.

Et les représentants de la FRRSM ont fortement contribué à la diffusion de l'information au sein des CH.

✓ **Le Biais matériel**

L'Envoi des questionnaires s'est fait par voie postale avec le risque d'éventuelles pertes (le Docteur DANIEL, à l'initiative du Projet n'a jamais reçu son questionnaire ...)

✓ **Les Limites liées à l'Interprétation**

L'absence de corrélation entre la clinique et les limites des scores fixés du MBI pose un réel problème d'interprétation puisque le MBI ne permet pas de poser un diagnostic ni de déterminer la prévalence du burnout.

Comme nous l'avons vu dans les limites liées à l'outil : la classification actuelle en niveaux de burnout est basée sur des normes statistiques arbitraires. Et le résultat du MBI se présente sous forme d'un résultat pour chacune des dimensions.

Pour faciliter la compréhension et mieux assimiler le concept, le résultat est exprimé en burnout « faible », « moyen » et « sévère » en fonction du nombre de dimensions atteintes mais ces degrés de burnout ne sont pas non plus corrélés à la gravité clinique.

Ensuite l'existence de plusieurs versions du MBI adaptées à différents professionnels (soignant, enseignant et toutes les professions) constitue un obstacle réel dans l'interprétation des études comparatives. En effet, le MBI-HSS est adapté au soignant mais de nombreuses études utilisent pour les médecins ou soignants le MBI-GS pour pouvoir le comparer à d'autres professionnels.

Enfin, il existe des traductions de l'échelle du MBI dans de nombreux pays dont les normes diffèrent. Nous ne savons pas à ce jour selon quels critères les normes ont été adaptées lors de la traduction car pour une même étude, comme la nôtre les résultats s'en trouvent changés.

✓ **Le BIAIS de « réponses / NON réponses »**

Nous pouvons penser que les psychiatres répondants aient un « intérêt » à répondre et que les psychiatres qui se sentent concernés (et donc susceptibles d'être épuisés) vont plus facilement répondre que ceux qui ne se sentent pas concernés et répondent pas ou moins.

Le risque de ce biais est de SUREESTIMER la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel.

Soit à l'extrême (vision la plus optimiste), les 171 NON répondants ne présentent pas d'EP et la « Prévalence estimée » serait de 76/403, soit 19% et non pas 33,5%.

A l'inverse, les Psychiatres réellement épuisés sont peut être incapables de répondre à une enquête ou peuvent être en arrêt maladie pour EP.

✓ **« Limites » liées au questionnaire**

Pour faciliter le travail de remplissage des psychiatres, nous avons décidé de réduire notre questionnaire à un « recto-verso ».

De ce fait, nous avons retenu seulement le MBI associé à quelques variables sociodémographiques et professionnelles et nous avons exclu la partie « Commentaires ».

Pourtant nombreux ont été ceux qui se sont créés un emplacement pour y ajouter leurs avis, leurs questionnements, leur remarques, leurs idées. Nous avons fortement apprécié la valeur, le sens et la pertinence de ces commentaires.

Et a posteriori, il aurait été intéressant de conserver un espace dédié à cet effet pour favoriser l'expression de tous les répondants sur le sujet mais cela aurait peut être été au risque d'un nombre de réponses moindre...

✓ **Limites liées au Contexte : réformes médicales (Loi HPST...)**

L'Etude a eu lieu en mai/juin 2011, après mise en place de la loi HPST et la veille des réformes médicales en Psychiatrie dont la Loi du 5 juillet 2011.

Il est possible que l'anticipation négative ait influencé l'Etude avec une surestimation possible du fait d'un retentissement lié à une fatigue générale, une lassitude ou un mécontentement par rapport aux changements instaurés (pour ne pas dire imposés) dans la profession médicale.

4 – Les Points FORTS de l'Etude

✓ **L'originalité du sujet.**

Le sujet peut être considéré comme original, non pas, en raison du thème qu'est l'épuisement professionnel mais du fait de son application à la population de Psychiatres. Très peu d'études et de très rares études françaises ont été effectuées sur les médecins Hospitaliers. Et à notre connaissance, en France, hormis l'Etude d'Albane LACOUTURE et l'Enquête Européenne SESMAT aucune Etude n'a été faite sur l'épuisement professionnel des Psychiatres Français.

✓ **Le taux de réponse.**

✓ **La représentabilité** des psychiatres répondants par rapport aux Psychiatres Hospitaliers de la région du Nord Pas de Calais

✓ L'utilisation d'un **outil** qui est un **instrument de mesure utilisé pour l'étude du burnout, dans les Etudes du Monde entier** permettant la confrontation, la comparaison et l'échange des résultats à un niveau international. La traduction de l'échelle a par ailleurs été validée.

✓ Un « remplissage de qualité » par nos répondants car il n'existe qu'un très faible nombre de valeurs manquantes aux questions du MBI. Un point fort important de l'Etude, c'est que **TOUS les questionnaires reçus ont pu être traités en Santé Publique**. (Les valeurs manquantes sont, pour la grande majorité des variables étudiées, inférieures à 10 pour un total de 232 répondants).

✓ **La Fonction Préventive de l'Etude.**

Le simple fait, d'avoir participé à l'Etude, d'avoir pris connaissance de son existence ou la simple réception du questionnaire ont peut-être constitué en soi un moyen de prévention. L'Etude aura peut être contribué à une prise de conscience, une réflexion ou une sensibilisation des Psychiatres Hospitaliers de notre Région à l'Epuisement Professionnel.

5 - Comparaison des résultats de l'Etude aux Etudes préexistantes

✓ **Résultats des Etudes Préexistantes sur le Burn out**

Les Résultats des Etudes Françaises et Internationales ont été abordés dans le Chapitre I – IV Epidémiologie.

✓ **Comparaisons des Résultats**

■ **Psychiatres étudiés VS psychiatres**

✓ Les données récentes de la Littérature Internationale sur les Psychiatres.

- En Italie, près de 2/3 du personnel en Santé Mentale souffre de Stress Professionnel, les Psychiatres font partie des plus touchés. Ils ont également des niveaux d'EP plus élevés que les autres médecins hospitaliers. Les dimensions atteintes sont principalement l'EE, ensuite la DP. [181, 182]
- En Finlande, les Psychiatres présentent des taux d'EP plus élevés que les Médecins des autres spécialités. [180]
- En Nouvelle-Zélande, la prévalence du burnout est élevée : 2/3 des Psychiatres montrent un EE modéré à élevé. La DP n'est pas en cause et malgré l'EP la satisfaction au travail reste élevée. [158]
- Une Etude à Londres montre des taux d'EE plus élevés en libéral. [179]

Globalement les études réalisées montrent toutes un taux de prévalence élevé d'EP en santé mentale, et chez les Psychiatres en particulier. La dimension atteinte est l'EE. Il n'y a pas de corrélation retrouvée entre le burnout, le sexe, l'âge du psychiatre.

Nous ne ferons que citer ces données pour compléter notre Etude, mais leur comparaison avec nos résultats nous semble difficile compte tenu des différences culturelles dans le système de soin et l'exercice.

Il nous a semblé plus pertinent de comparer nos résultats avec les données dont nous disposons sur les Psychiatres Français.

En Annexe 11, sont résumées les principales études françaises sur le burnout des psychiatres.

✓ L'enquête SESMAT [87]

Notre obstacle dans la comparaison des données : l'outil n'est pas le même. L'outil utilisé pour l'étude du burnout n'est pas le MBI mais le CBI général et le P-CBI (adapté à la prise en charge du patient). Néanmoins les résultats vont dans notre sens.

C'est une vaste Etude qui a l'avantage d'avoir étudié les Hospitaliers. La prévalence de l'EP est relativement comparable entre Psychiatres et autres Spécialistes lorsqu'est utilisé l'outil General-CBI, adapté à toutes les professions (43,3% VS 42,4%). Par contre en utilisant l'échelle CBI spécifique à l'EP lié aux patients, **la fréquence de l'EP est nettement plus élevée et de manière significative chez les Psychiatres (30,9% VS 23,1% ; p< 0,05).**

Ce que nous pouvons en dire, c'est que les Psychiatres semblent particulièrement concernés par l'épuisement professionnel.

Parmi les Psychiatres qui ont des scores P-CBI élevés, 79,3% ne savent pas répondre, 27,6% de ceux qui ont répondu, ne se sentent pas épuisés. Dans notre Etude 35% des Psychiatres épuisés en utilisant le MBI affirment ne pas se sentir concernés par l'EP (10 psychiatres n'ont pas répondu mais nous n'avions pas de réponse possible « ne sais pas »). Ces données confortent les nôtres car **nombreux sont les médecins épuisés qui ne pensent pas l'être.**

Une corrélation avec le lieu et le type d'exercice des Psychiatres n'a pas été recherchée dans cette étude. Par contre, en étude multivariée, il n'y **pas non plus d'association significative entre burnout âge et sexe.**

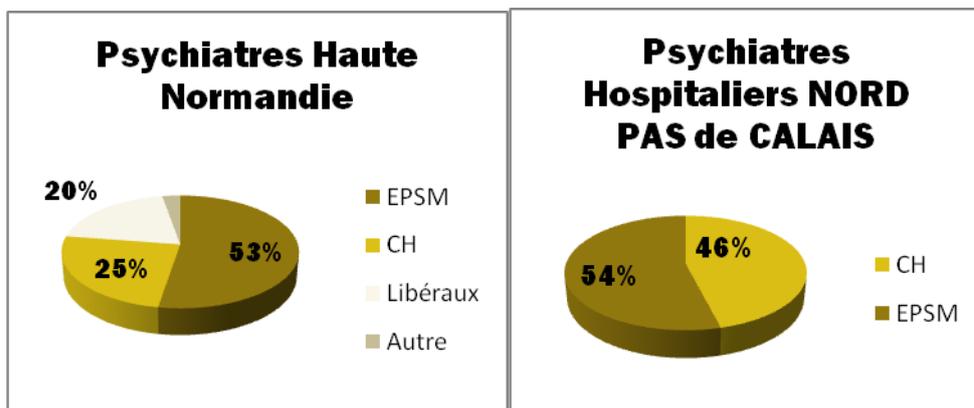
✓ Enquête de Prévalence de l'EP des Psychiatres de Haute-Normandie [88]

Nous avons étudié avec attention le travail de Thèse d'Albane LACOUTURE qui a réalisé en 2010, un travail similaire au nôtre auprès des Psychiatres de Haute-Normandie. A la différence de notre étude, sont étudiés non seulement les

Psychiatres Hospitaliers mais aussi les Libéraux et les Internes en Psychiatrie. Et dans les variables associées sont aussi intégrées : les troubles du sommeil, les addictions associées et la consommation de psychotropes, que nous ne détaillerons pas ici mais qui sont traitées dans le Chapitre I-IV Epidémiologie.

Comparaison Etudes de Prévalence de l'EP des Psychiatres de Haute-Normandie VS Psychiatres Hospitaliers Nord Pas de Calais : Stades de gravité			
	Haute Normandie (2010)	Nord Pas de Calais (2011)	
		Version Originale	Version Française
Cohorte	Psychiatres Hospitaliers Libéraux Internes	Psychiatres Hospitaliers	
Répondants/ Effectif	145 /314	232 /403	
% Hospitaliers	78,1%	100%	
EPSM	53,1%	54%	
CH	25%	46%	
% Libéraux	20%	-	
Autre	2,8%	-	
Taux de Réponse	46,2%	56,7%	
Outil	MBI version Française	MBI version originale	MBI version française
PAS d'EP	63,3%	66,5%	59%
EP faible	27,7%	26%	31,7%
EP moyen	9%	5,3%	7,9%
EP sévère	0%	2,2%	1,3%

Comparaison des Psychiatres des Etudes de Haute Normandie et du Nord Pas de Calais en fonction de leur LIEU d'EXERCICE



La cohorte est élargie aux libéraux et aux Internes en Psychiatrie. Néanmoins c'est une étude sur les Psychiatres Français. La taille de la cohorte est proche, le taux de réponse est bon et cette Etude utilise surtout le même outil de mesure : la version française du MBI.

Les résultats pour le stade d'EP semblent étonnamment proches bien que dans l'idéal, et en toute rigueur, une étude statistique comparative des résultats serait fort intéressante mais n'a pas encore été réalisée à ce jour. Il faut cependant tenir compte de l'intégration des Internes et des Libéraux.

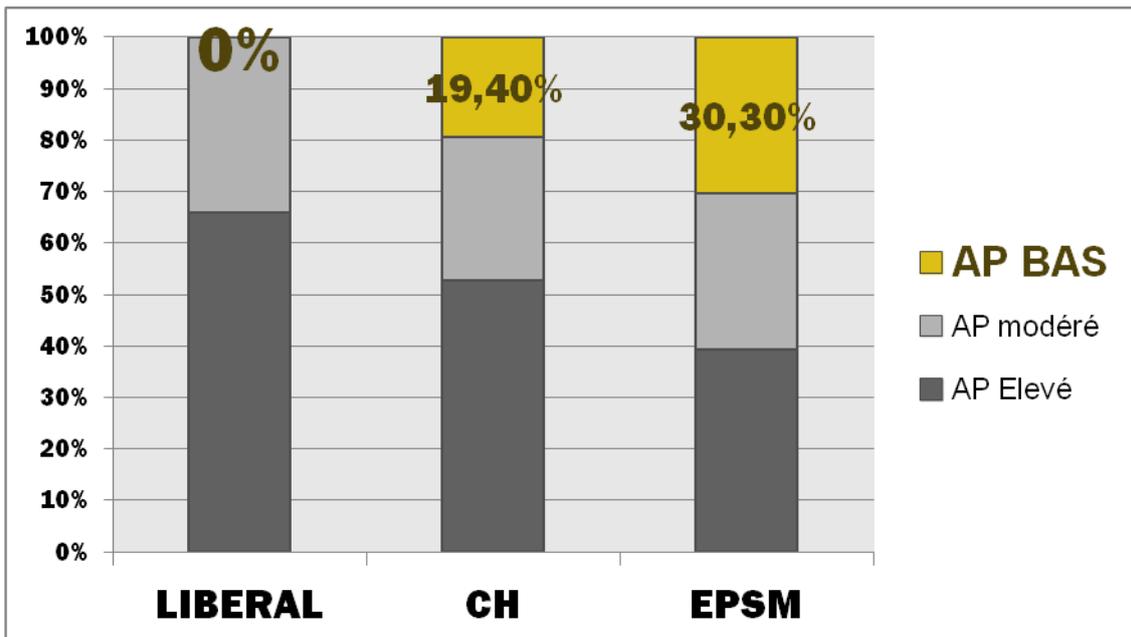
Les Psychiatres Hospitaliers représentent 78,1% des répondants : 53,1% travaillent en EPSM, 25% en CH, 20% sont libéraux.

A noter qu'aucun psychiatre en Haute Normandie ne présente par contre d'EP sévère alors que notre étude retient 5 médecins (2,2%) au stade d'EP sévère.

Comparaison Etudes de Prévalence de l'EP des Psychiatres de Haute-Normandie VS Psychiatres Hospitaliers Nord Pas de Calais :				
Scores des dimensions du MBI				
Score MBI	Etude Haute Normandie (2010)		Etude Psychiatres HOSPITALIERS du Nord Pas de Calais (2011)	
	Internes	TOUS les Psychiatres Hospitaliers et Libéraux	Version Originale	Version Française
EE élevé	6,7%	15,7%	19,5%	13,3%
DP élevé	16,7%	8,7%	8,5%	9,8%
AP bas	40%	16,5%	16%	29,8%

Lorsqu'on compare les scores obtenus à chaque dimension du MBI (versions françaises), une différence frappe : **la fréquence de la perte d'AP est presque 2 fois plus élevée dans l'Etude des Psychiatres de notre région (16,5 VS 29,8%). Notre étude portant exclusivement sur les Hospitaliers, il est possible, mais étonnant que les Libéraux ne soient peu ou pas concernés par la perte de l'accomplissement personnel (sans qu'il y ait de différence d'accomplissement personnel des Psychiatres Hospitaliers entre les 2 régions).**

En effet, Albane LACOUTURE a comparé les scores des dimensions en fonction du type d'exercice : **ABSENCE de TAUX BAS d'AP en LIBERAL (0% d'AP bas) ! Alors que les taux AP bas sont de 19,4% en CH, 30,3% en EPSM. Et ces résultats sont significatifs ($p < 0,10$).**



SCORES de l'Accomplissement Personnel (AP) en fonction du LIEU d'EXERCICE des Psychiatres de l'Etude de Haute Normandie

Autre résultat fort de l'Etude : le taux d'AP BAS particulièrement élevé chez les INTERNES de Psychiatrie qui est de 40%.

Les autres scores de dimensions (EE et AP) sont proches lorsqu'on compare les versions françaises. Pourtant les cohortes ne sont pas tout à fait les mêmes. Lorsque nous détaillons les résultats d'Albane LACOUTURE :

- **Pour la dépersonnalisation, il existe, de manière significative des différences en fonction du type d'exercice : les taux de DP élevée sont nettement moins élevés pour les Psychiatres qui travaillent en EPSM (7,9%) qu'en CH (16,7%) ou en cabinet seul (15,7%). A noter l'absence de « score de DP élevée » en cabinet de groupe (DP élevée : 0%)**
- Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'EE et le lieu d'exercice.

Alors que dans la littérature, l'âge n'est pas retenu comme facteur de risque, dans cette Etude, 75% des scores d'EE élevée concernent les Psychiatres de plus de 55 ans. Les médecins de moins de 55 ans ont un EE faible à modéré, les plus de 55 ans un EE modéré à élevé et ce résultat est très significatif ($p < 0,001$).

Pour conclure sur l'Etude d'Albane LACOUTURE : C'est la seule étude française similaire à notre Etude par la population étudiée (Psychiatres Français), par l'effectif (études régionales), proches dans le temps (2010 vs 2011) et utilisant surtout le même outil de mesure : le MBI version française. Les résultats semblent proches et confortent les résultats de notre ETUDE :

- ***La prévalence des Psychiatres étudiés en Haute Normandie (36,7%) et dans notre Etude (41%)***
- ***Les scores des dimensions obtenus pour l'EE et la DP***

Ce dont il faut tenir compte dans l'interprétation : l'intégration des Libéraux et des Internes qui expliquent une différence avérée entre les scores d'AP. Les libéraux sont particulièrement « accomplis » selon l'Etude d'Albane LACOUTURE (taux d'AP bas : 0%, taux d'AP élevée 65%). Ces résultats peuvent surprendre ne serait-ce qu'en raison de l'isolement que connaissent les médecins libéraux. Sont-ils plus libres dans leur façon d'exercer la

Psychiatrie en l'absence des contraintes institutionnelles ? Y a-t-il un reflet de la reconnaissance financière par leur salaire ? Sont-ils moins touchés par les réformes ?

Il existe également des différences statistiquement significatives entre la DP et le lieu d'exercice : « DP élevée » élevée en CH et cabinet seul, faible en EPSM et absence de « DP élevée » en cabinet de groupe.

En toute rigueur il faudrait confirmer l'absence ou la présence des différences entre les résultats de ces 2 Etudes par un test statistique comparatif.

■ **Psychiatres étudiés VS autres médecins** - **Généralistes**

Les Médecins Généralistes, rappelons le, ont été et sont la principale cible des études sur le burnout en France. De très nombreuses études ont été réalisées. (Cf. Chapitre Epidémiologie). Ce que nous pouvons en retenir c'est que les Médecins Généralistes sont très fortement touchés par l'Épuisement Professionnel avec une prévalence moyenne de presque 50%. Toutes les dimensions du MBI sont atteintes (scores élevés d'EE et de DP, score élevé d'AP bas).

Dans notre Etude, les Psychiatres semblent moins frappés par l'EP que les Médecins Généralistes, que ce soit en France ou en Europe. Néanmoins, les taux restent importants. Ce qui les différencie également c'est l'atteinte plus sélective de la dimension EE par rapport aux 2 autres dimensions (DP et AP) qui semblent relativement respectées.

Comparaison de la Prévalence de l'EP en Médecine Générale et Libérale en France et en Europe vs Psychiatres du Nord Pas de Calais (MBI version française)							
Etudes de l'EP des Médecins Libéraux et Généralistes selon TRUCHOT et GALAM					Etude EGPRN	Psychiatres du Nord Pas de Calais	
Auteur	TRUCHOT et GALAM [13,14, 15, 52]				SOLER [84]	FRRSM Pas de Calais	
Région	Bourgogne	Champagne-Ardennes	Poitou-Charentes	Ile de France	Europe	Nord Pas de Calais	
Année	2001	2003	2004	2007	2004	2011	
Cohorte	ML	ML	MG	MG	MG	Psychiatres	
Effectif	394	408	515	2243	1393	403	
Outil	MBI version française				MBI original	MBI français	MBI Original
EE élevé	47,2%	42,3%	40,3%	-	43%	13,3%	19,5%
DP élevé	32,8%	44,5%	43,7%	-	35%	9,8%	8,5%
AP bas	29,2%	37,4%	43,9%	-	39%	29,8%	16%
Taux d'EP	47%			53%	-	41%	33,5%
EP Sévère	-	-	-	-	12%	1,3%	2,2%

- Autres Spécialistes

Hormis l'Enquête SESMAT et quelques Etudes internationales isolées nous ne disposons pas de données suffisantes pour comparer l'Epuisement Professionnel des Psychiatres parmi l'ensemble des spécialités médicales.

Madeleine ESTRYN BEHAR, dans l'Etude Européenne SESMAT utilisant le CBI, considère que la prévalence de l'EP est relativement comparable entre Psychiatres et autres Spécialistes lorsqu'est utilisé l'outil General-CBI, adapté à toutes les professions (43,3% VS 42,4%). Par contre, en utilisant l'échelle CBI spécifique à l'EP lié aux patients, **la fréquence de l'EP est nettement plus élevée et de manière significative chez les Psychiatres (30,9% VS 23,1% ; p< 0,05).**

Les Médecins qui ont un niveau de burn out spécifique aux soignants le plus élevé sont les Urgentistes et les Psychiatres. Les taux respectifs de burnout élevé sont de 33% pour les Urgentistes, de 30,9% pour les Psychiatres, alors que le taux moyen de burnout élevé toutes spécialités confondues n'est que de 23,1%.

■ Psychiatres VS INTERNES

Les résultats des études réalisées sur le burnout des Internes divergent, les outils sont différents, la taille des cohortes souvent restreintes rend difficile l'interprétation des données.

Ce que nous montre l'Etude d'Olivier ANDLOUER (Prix Congrès ENCEPHALE 2009), c'est que sur 108 Internes en Psychiatrie (taux de réponse 28%), 8,3% présentent un EP Sévère, 17,6% un EP modéré. [17]

Le résultat fort de l'Etude : un taux d' « AP bas » très élevé (50,9%). Ce résultat est confirmé par le travail d'Albane LACOUTURE (AP bas de 40%). [88] **Les Internes en Psychiatrie présentent des taux d' « AP BAS » particulièrement élevé.**

5 - COMMENTAIRES de l'Etude

✓ Une Etude « réussie »

Les Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais ont porté un intérêt manifeste pour l'Etude. Et non seulement ils ont été très nombreux à y répondre (taux de réponse de 57,6%) mais ils ont également réalisé un remplissage de qualité. Les questionnaires sont très complets. Les très rares valeurs manquantes ont permis un traitement de toutes les données en Santé Publique.

La représentabilité des Psychiatres des répondants par rapport aux psychiatres de la région est satisfaisante.

De nombreux biais sont à intégrer dans l'interprétation des résultats, en particulier : les biais des « répondants/non répondants » avec le risque de surestimation de la prévalence.

✓ Les Psychiatres de la Région présentent des signes d'EP avérés

Le terme de Prévalence n'est, en toute rigueur, pas tout à fait adapté en raison de l'absence de corrélation entre les scores du MBI et la Clinique. Les taux de burnout obtenus vont selon la version du MBI utilisé de 33,5% (version originale) à 41% (version française). Ils ne sont pas aussi élevés que ceux retrouvés en Médecine Générale mais nos résultats sont congruents à ceux retrouvés dans la littérature (SESMAT, Albane LACOUTURE) [87,88]

Ce que nous pouvons en retenir : **les Psychiatres sont loin d'être épargnés par l'Épuisement Professionnel.**

✓ **Atteinte spécifique de la dimension Épuisement Emotionnel (EE)**

A la différence des Médecins Généralistes qui présentent des scores de MBI pathologiques pour l'ensemble des dimensions, les Psychiatres ont **une atteinte dominante de la dimension EE**. Cette atteinte non exclusive mais élective de l'EE est retrouvée typiquement dans les autres études concernant les Psychiatres et reflète très probablement la spécificité de la Profession.

✓ **Une proportion élevée de Psychiatres « épuisés » qui ne pensent pas l'être !**

20% des Psychiatres « épuisés » tous degrés confondus, affirme ne pas se sentir concernés par l'EP. Ce taux s'élève encore (à presque 25%) lorsqu'on considère uniquement les stades modérés et sévères. Est-ce un reflet du déni ou ne sont-ils réellement pas conscients de leur état de santé ? Ce résultat inquiétant serait en faveur de l'intérêt d'un dépistage.

✓ **Pas de corrélation entre EP des Psychiatres et variables associées.**

L'âge et le sexe n'ont pas été retenus comme facteur de risque de burnout. Ces résultats vont dans le sens de ceux obtenus dans la littérature : absence de corrélation ou résultats divergents.

L'absence d'association statistiquement significative en ce qui concerne l'EP et le lieu (et de ce fait le mode) d'exercice est fort intéressante car nous aurions pu penser que l'exercice en CH soit plus difficile qu'en EPSM en raison de la place de la Psychiatrie en milieu général (isolement, solitude, stigmatisation, politique de soins et budgétaire plus orientée vers le général que vers la santé mentale ? ..).

Ce qui est intéressant c'est que le rapport CH / EPSM se modifie lorsque le stade de burnout est plus sévère. En effet, le rapport est de 46%/54% pour l'ensemble des répondants. En ne retenant que les 17 psychiatres épuisés de manière « modéré à sévère », ce rapport devient 64,7% / 35,5% mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif. Rappelons qu'Albane LACOUTURE a montré une DP significativement moins importante en EPSM qu'en CH. [88]

Il n'y a pas de corrélation retrouvée entre burnout et type. Pourtant les 17 psychiatres qui présentent au moins 2 dimensions du MBI atteinte travaillent en Psychiatrie Adulte pour 88% d'entre eux (70% des répondants travaillent en Psychiatrie Adulte) mais encore une fois, ces résultats ne sont pas significatifs.

✓ **Une curiosité de l'Étude : le taux de burnout « version française du MBI » est strictement égal au Pourcentage de Psychiatres qui pensent être personnellement concernés par l'EP : 41% !** Nous avons vu que 20% des Psychiatres épuisés ne pensent pas l'être.

Donc ces données ne sont pas superposables mais elles sont frappantes.

✓ Quelques **Commentaires des Psychiatres répondants**. Ils ont de manière générale fortement apprécié cette étude. D'autres commentaires intéressants et pertinents ont été recueillis lors de la saisie et sont retrouvés **en annexes**.

III- PREVENTION

Dans ce chapitre, nous allons, dans un premier temps, aborder quelques généralités en termes de prévention dans le cadre du burnout.

La 2^{ème} partie sera consacrée aux Médecins, à leur état de santé en général, mais en particulier à la prévention de l'épuisement professionnel et du suicide qui frappent la profession médicale.

L'analyse étiologique nous a permis d'identifier des facteurs de risque et des niveaux sur lesquels il est possible d'agir.

La prévention de l'épuisement professionnel est intégrée dans une approche plus globale de la santé du Médecin et aussi dans une dimension psycho-sociale.

Un dernier temps sera spécifiquement dédié aux médecins Psychiatres. Nous proposons des éléments de prévention qui ont émergé de la littérature, mais surtout basés sur notre réflexion personnelle, notre expérience, à partir de faits concrets de notre pratique quotidienne.

I - BURNOUT et INTERVENTIONS : Généralités

Il est aujourd'hui possible, malgré les progrès restant à accomplir en termes d'études longitudinales, de traduire les connaissances actuelles sur les causes du burnout en interventions pratiques destinées à le prévenir.

Un principal obstacle demeure malheureusement. Il existe plus un écart réel entre les efforts déployés par les chercheurs pour cerner le phénomène et ceux accomplis sur le terrain par les médecins, mais aussi par les pouvoirs organisationnels et institutionnels pour reconnaître le problème, s'emparer des connaissances, construire des programmes d'interventions théoriquement et empiriquement adaptés, les mettre en place et évaluer avec rigueur leur efficacité. [183]

Les interventions menées tiennent peu compte des savoirs actuels. Les techniques utilisées sont souvent celles utilisées dans la gestion du stress, alors qu'il faudrait prendre en considération non seulement **le caractère chronique et professionnel du stress, mais réfléchir également en fonction des 3 dimensions qui définissent le burnout.** [183]

1 Rappels méthodologiques élémentaires

- Conduire un diagnostic rigoureux

Etablir un diagnostic rigoureux des facteurs associés au burnout dans le contenu et l'environnement du travail, est un préalable indispensable, mais souvent négligé. Les investigations n'ont de sens que si l'on connaît à la fois les facteurs de stress responsables du burnout et le niveau de tension initial.

En amont de toute investigation, il est essentiel d'analyser les facteurs de stress, d'évaluer leur intérêt et leur nécessité et de s'interroger sur les changements possibles, réalisables et acceptables pour l'ensemble des niveaux du système institutionnel. Un autre prérequis est indispensable : **l'adhésion de tous les intervenants du système.**

- **La nécessité d'approches quasi expérimentales**

Connaître l'efficacité d'une intervention exige de mener une étude longitudinale, c'est-à-dire de tester le niveau de burnout *avant* et plusieurs mois *après* l'intervention et de comparer l'évolution des scores.

Il s'agit de ne pas conclure, comme il est fréquent de le voir après une évaluation isolée par un questionnaire de satisfaction positif, qu'une intervention a été bénéfique.

Il est donc essentiel de réaliser au minimum, une première évaluation du burnout, d'intervenir et de faire une nouvelle évaluation, pour vérifier la stabilité dans la durée des effets obtenus. Il est utile de faire le post-test suffisamment longtemps après l'intervention (VAN DIERENDONCK et Al., 1998) **[185]**. Le nombre et le moment des post-tests dépendent certainement du niveau et du type de cible, mais la période doit être suffisamment longue pour laisser au changement le temps de s'installer.

(BURKE et RICHARSEN, 1993) **[186]**. Il est aisé de comprendre que **des interventions visant à modifier l'organisation du travail mettent plus de temps à produire des effets observables comparativement à des techniques de gestion de stress.**

- **Le problème des groupes contrôles**

Ensuite, même si une baisse significative du burnout a été observée, rien ne prouve qu'elle soit due aux effets de l'intervention. Des événements ou des circonstances, positifs ou négatifs, prévisibles ou non (congrés, changements au niveau de la direction, modification de l'organisation, menaces de restructuration, réformes médicales...) ont pu retentir sur les tensions ressenties et contribuer au résultat obtenu.

Il est donc nécessaire de comparer les scores « avant et après » dans le groupe expérimental (celui qui a bénéficié de l'intervention) avec ceux d'un groupe qui évolue dans le même type d'environnement (c'est le groupe contrôle ou comparaison).

Enfin, indépendamment des circonstances extérieures à l'intervention, ainsi que du contenu de l'intervention, il est possible que l'intervention elle-même ait été à l'origine d'une détente temporaire ou à l'origine d'un sentiment de reconnaissance dont n'a pas bénéficié le groupe contrôle.

Alors en toute rigueur, cela signifie qu'il faudrait 2 groupes contrôles : un groupe qui ne bénéficie d'aucune intervention, et un autre qui bénéficie d'une intervention d'un tout autre ordre. VAN DIERENDONCK va même au-delà dans sa réflexion pour justifier ce 2^{ème} groupe contrôle : il estime que les effets bénéfiques ressentis par l'intervention au sein du groupe expérimental peuvent même retentir favorablement sur le groupe contrôle s'ils travaillent dans un même environnement professionnel. **[186]**. Nous le pensons aussi.

- Les contraintes de terrain

En pratique, il n'est pas toujours évident de respecter tous les critères méthodologiques.

En effet, en cas de groupe contrôle associé à l'étude, il y a souvent une forte « mortalité expérimentale » : au post-test, bien des participants ont disparu pour des raisons professionnelles ou motivationnelles, tout simplement.

Il est également difficile de créer des groupes comparatifs rigoureusement appareillés, avec des degrés de burnout initiaux équivalents.

Enfin, il n'est pas souhaitable d'un point de vue déontologique, de priver le groupe contrôle (également en burnout) des bénéfices éventuels de l'intervention.

Dans ces cas, il est possible d'utiliser **les séries temporelles** : on mesure le burnout plusieurs fois avant et plusieurs fois après l'intervention au sein d'un seul groupe.

C'est ce type de procédure qui est utilisé dans les recherches cliniques.

2 Les OBJECTIFS des Investigations : Changer l'Individu OU changer la Situation ?

Dans la très grande majorité des cas, les interventions mises en place sont plus destinées à réduire les Effets du burnout qu'à infléchir les facteurs de stress responsables.

Autrement dit, les programmes sont le plus souvent centrés sur l'individu, destinés à apprendre à faire face aux tensions, à adopter les stratégies de coping adéquates, en ignorant paradoxalement les causes.

Il est évident, qu'offrir une formation à la gestion du stress paraît moins coûteuse et plus simple à mettre en place que d'instaurer des changements organisationnels au niveau d'une institution.

A noter l'existence d'une idée prévalente dans l'esprit de bien des organisations que le stress permet la productivité, jusqu'à « la gestion du personnel par le stress » !

Mais instaurer des actions en aval, sans véritablement tenir compte de la source du problème, sans traiter la cause, s'avère peu efficace et n'a souvent qu'un effet sur le court terme.

Ces actions centrées sur l'individu ont été fortement critiquées par MASLACH et son équipe pour qui les causes résident avant tout dans l'environnement professionnel.

Ce « vouloir changer l'individu » est conforté par la culture ambiante, très psychologisante. La psychologie sociale a largement démontré la tendance à expliquer les actes et les états des individus en évoquant leurs caractéristiques personnelles en oubliant les contraintes situationnelles et environnementales.

Ces modèles psychologiques du stress contribuent à affermir l'idée que le problème réside dans l'individu. Les techniques thérapeutiques et de « *counseling* » inspirées de la psychologie clinique ont encore consolidé cette tendance.

KOMPIER et Al (1998) : « Une mise en garde semble appropriée, contre ce « psychologisme », c'est-à-dire l'explication d'événements sociaux par des facteurs psychiques individuels. L'impact potentiel des facteurs de risque plus objectifs ou collectifs dans la situation de travail peut alors être injustement perdu de vue ». [187]

Nous pensons que l'intention initiale de responsabiliser l'individu peut être positive : permettre à l'individu d'agir, de changer, et d'évoluer en utilisant ses propres ressources.

Mais nous pensons également qu'il y a des limites et des conditions indispensables, ne serait-ce que sur un plan éthique. Demander à l'individu d'agir : OUI, Mais lorsque ces efforts sont susceptibles d'être récompensés, sous réserve qu'il soit possible d'atteindre un résultat suffisant ET en l'associant à un « traitement étiologique » du burnout. Nous croyons en les ressources personnelles d'un individu mais elles ne peuvent être sollicitées pleinement qu'en association à un traitement « complémentaire et synergique » des facteurs environnementaux et situationnels responsables du burnout (le système transactionnel).

3 Les niveaux d'intervention de Prévention

Il existe 3 niveaux de Prévention :

- Primaire : C'est la réduction ou l'élimination des facteurs de stress responsables
- Secondaire : Ce sont les interventions destinées à diminuer le stress perçu et ressenti. Le burnout est déjà en cours d'installation.
- Tertiaire : Le terme de prévention n'est pas très adapté. Il ne s'agit plus à proprement parler de prévention. A ce stade, il s'agit de traiter et non de prévenir.

On ne s'adresse plus à des individus exposés mais à ceux qui souffrent d'un burnout sévère et qui doivent être pris en charge au niveau psychologique et médical. Il est important de noter, que ce 3^{ème} niveau de prévention n'est guère reconnu en France.

A chaque niveau de Prévention, il est possible d'agir sur l'individu, sur l'organisation et / ou sur l'interaction individu / organisation. La prévention primaire vise l'Environnement professionnel, la prévention secondaire et tertiaire, l'Individu.

✓ Prévention Primaire

L'objectif est comme nous l'avons dit d'éradiquer ou de diminuer les facteurs de stress présents dans l'environnement professionnel. Il s'agit de réduire l'incidence du burnout, l'apparition de nouveaux cas. Ces interventions sont pro-actives ou réactives.

Les investigations menées sont centrées sur une amélioration de l'adaptation de l'environnement psycho-social aux besoins et aux inspirations ou aspirations de l'individu.

Les représentations actuelles font du burnout un problème individuel et, associées aux réticences organisationnelles limitent les actions en prévention primaire.

Pourtant les variables responsables évoquées dans les chapitres précédents suggèrent qu'il est possible d'agir à ce niveau.

Parmi les niveaux sur lesquels il est possible d'agir en prévention primaire on distingue :

- Favoriser un support social et instaurer des temps pour l'Echange au travail
- Valoriser la Reconnaissance
- Améliorer la communication et le feedback
- Optimiser le système effort/ récompense
- Redéfinir les rôles et les champs d'action respectifs de chacun
- Etablir l'équité

■ Augmenter la participation aux prises de décisions

■ Accroître le contrôle et l'autonomie

En 2001, **COOPER**, insiste sur l'efficacité des interventions primaires qui donnent plus de contrôle et d'autonomie aux individus au travail. [19] Une évaluation initiale a permis de définir les caractéristiques professionnelles comme problématiques : l'autonomie, le manque de feedback et l'identité des rôles. Une reconceptualisation du travail a été envisagée. Pour accroître l'autonomie, l'intervention a amené à déplacer et partager les responsabilités. La responsabilisation positive des individus a permis de leur donner davantage de maîtrise dans le rythme et l'organisation de leur travail. Le superviseur a disposé de davantage de temps pour l'investir dans le support social. Les investigations évaluées à 6 et 18 mois ont mis en évidence une augmentation de l'autonomie ainsi qu'une diminution de l'épuisement émotionnel.

■ Le développement organisationnel

Le développement organisationnel a été utilisé efficacement pour réduire le burnout dans des cadres professionnels variés, dont des centres de santé mentale (VAN GORP et SCHAUFELI, 1996) [78]. Les individus sont directement impliqués dans l'identification et la résolution des problèmes qui contribuent aux tensions. Ce sont des programmes destinés à améliorer la qualité, à promouvoir l'efficacité, à réduire les coûts mais ils peuvent avoir comme objectif direct ou secondaire la réduction du burnout.

Dans leur revue, BURKE et RICHARDSEN (1993) dressent un bilan positif des interventions organisationnelles. Ils estiment qu'elles montrent une efficacité manifeste à enrayer le burnout (qu'elles sont plus efficaces que les interventions centrées sur l'individu), sous réserve d'être conduites de façon systématique et en réponse à un diagnostic rigoureux et précis d'identification des facteurs de stress. [186]

✓ Prévention Secondaire

L'intervention est destinée à réduire la prévalence du burnout. Il s'agit d'aider l'individu à faire face aux facteurs de stress professionnels. C'est le mode d'intervention le plus usité. On parle de COPING.

On trouve dans la littérature de nombreuses techniques qui recouvrent un vaste champ d'applications : la relaxation, la méditation, le bio-feedback, les techniques qui permettent d'adopter un mode de vie plus équilibré, de mieux se connaître (de cerner sa personnalité, identifier ses besoins et motivations).

Des méthodes d'évaluation réalistes invitent les personnes à réfléchir et à s'interroger sur leurs propres motivations narcissiques, elles peuvent être utiles pour les médecins (Par exemple, dans quelle mesure leur désir d'être apprécié par les autres les amène à trop travailler).

Les individus apprennent également à réajuster leurs attentes personnelles irréalistes, ce qui est également fort intéressant en médecine.

Les techniques d'inoculation du stress diminuent l'épuisement émotionnel et l'anxiété. Les techniques de gestion de temps ou de management sont également des moyens de prévention secondaire.

Les formations sur le burnout permettent de comprendre comment et pourquoi on risque d'être frappé par le burnout et comment modifier ses modes de pensées et son comportement dans son rapport au travail.

La prévention secondaire peut avoir un objectif proactif ou réactif (exemple formation pour éviter les conflits ou pour les résoudre une fois installés).

Le principal défaut que nous pouvons attribuer à la prévention secondaire, c'est de ne pas tenir compte des facteurs environnementaux et situationnels rencontrés au travail.

Et inciter les individus à s'adapter (à améliorer leurs moyens de faire face au stress professionnel), n'est-ce pas quelque part leur permettre d'éviter d'y répondre quelque part ?

L'utilisation isolée de ce niveau de prévention responsabilise (au sens de charger) l'individu mais pose aussi des problèmes déontologiques : Comment demander à l'individu de continuer à faire face contre des sources de stress sur lesquelles il est possible d'agir mais qui sont ignorées ?

Pour NEWMAN et BEEHR (1979), les interventions contre le burnout basées sur les stratégies de coping se répartissent en 4 catégories [188]:

- Celle qui visent les conditions physiques et physiologiques : régime alimentaire, exercice physique...etc.
- Celles qui changent les conditions psychologiques
 - ✓ Gestion Vie
 - ✓ Evaluation réaliste de soi
- Celles qui consistent à changer ses comportements
 - ✓ Devenir moins « type A »
 - ✓ Aborder les problèmes avec plus de recul et de distance / relativiser
 - ✓ Prendre du Temps pour soi : des loisirs, des vacances
 - ✓ Investir son réseau amical et acquérir un soutien social
- Celles qui changent son environnement de travail ou son comportement au travail

II - PREVENTION du BURNOUT des MEDECINS

A partir des éléments retenus dans notre analyse étiologique, nous allons décliner des moyens de prévention adaptés au monde médical. Nous avons décidé d'organiser ce chapitre, pour des raisons pratiques, non pas en prévention primaire et secondaire mais **en fonction des niveaux d'action : au niveau de l'individu d'une part, et de l'institution d'autre part.**

La prévention de l'épuisement professionnel est une priorité à la fois individuelle, institutionnelle et collective.

I- Sur le Plan INDIVIDUEL

- Personnel

Pour être ou rester en « bonne santé » physique et psychique, le médecin doit non seulement ne pas négliger sa santé mais il devra la préserver et veiller à son Equilibre, à son Bien-être, à son Epanouissement Personnel.

- Répondre à ses besoins de base.

Il nous a semblé important de rappeler les besoins « basiques » car il s'agit de « fondamentaux ». A notre sens, un état d'équilibre ne peut être atteint sans assurer les besoins physiologiques. Et nous savons, que les médecins sont parfois en difficulté pour respecter leurs besoins de base que sont : un sommeil de qualité et suffisant, une alimentation équilibrée.

Nous nous sommes basés sur la théorie des besoins de MASLOW [189] parce qu'elle met en valeur ces besoins de base. Ils représentent un socle, un palier indispensable et incontournable pour accéder aux autres niveaux de bien être. En effet MASLOW, Psychologue Américain, considère que les besoins d'un individu sont hiérarchisés et la satisfaction des besoins physiologiques (boire, manger, dormir, se reproduire) doit précéder la tentative de satisfaction des autres besoins et notamment psychosociologiques (sécurité, appartenance, et reconnaissance) avant de pouvoir enfin atteindre les besoins spirituels (Réalisation de Soi). [189]



Echelle de MASLOW (1943) [189]

Ces besoins renvoient à une « hygiène de vie » suffisamment bonne, trop souvent négligée par les médecins, ne serait ce que par manque de temps. Les autres mesures hygiéno-diététiques sont les suivantes : avoir une activité physique régulière, limiter sa consommation d'alcool, de tabac, de psychotropes.

- Protéger, développer et investir ses Ressources personnelles et sociales

Nous avons évoqué l'importance des ressources par l'intermédiaire de la **théorie de conservation des ressources (TCR)**.

Il semble que les individus qui disposent de nombreuses ressources sont moins sensibles à la perception du stress, utilisent un coping actif, et ont un risque d'épuisement émotionnel et de burnout moindre.

Les ressources sont de nature multiple et variée mais elles comprennent également le soutien socio-affectif (investir le réseau familial et amical), les activités de loisirs et les congés.

Le risque du médecin c'est d'avoir un épanouissement exclusivement professionnel (quand il existe). Peut-être que les médecins devraient consacrer un peu moins de temps à leur travail, pour disposer d'un peu plus de temps pour eux-mêmes.

- Evaluation, Analyse et Réflexion sur sa Vie Personnelle

Nous supposons que le manque de temps, dont disposent les médecins font peut être obstacle également à l'évaluation de soi et de sa vie.

Pour un épanouissement personnel, il est pourtant important de réévaluer régulièrement ses besoins, ses difficultés et ses craintes mais également ses attentes, ses désirs, ses aspirations en fonction de ses possibilités.

Nous pensons, que consacrer un temps au bilan de sa situation personnelle et à l'élaboration d'objectifs constitue un facteur d'équilibre psychique indéniable. Analyser et reconnaître ses faiblesses peut conduire à l'élaboration de moyens pour s'adapter, fixer des limites.

Ce travail sur soi-même peut permettre une évolution personnelle. Cela peut renforcer des convictions, ou faire prendre conscience des ressources et aussi instaurer des changements de comportement.

- Etat de Santé des Médecins : Un médecin traitant pour Tous ?

L'accès aux Soins pour les médecins a toujours été et est à ce jour encore problématique. Lors d'une Etude portant sur l'état de santé des médecins généralistes en Ile de France (2005), 90% ont déclarés ne pas avoir de médecin traitant. [125]

Les raisons évoquées sont multiples : manque de temps, crainte de non confidentialité, déni, représentation d'une demande d'aide à un confrère comme une faiblesse ou un manque de compétence, réticence à dévoiler un état de vulnérabilité...

Mais si les résultats sont inquiétants, les conséquences le sont également : isolement, solitude, conduites addictives, épuisement professionnel, dépression, suicide.

Comme nous le savons, pour les hospitaliers, le suivi en médecine du travail n'est pas plus rassurant.

Pour certains, l'instauration d'un suivi médical obligatoire pose des problèmes déontologiques. Nous ne le pensons pas.

- La Santé et l'accès aux Soins sont un droit mais non pas une obligation.
- Comment imposer au Médecin, à celui qui soigne, un suivi Médical, par un confrère alors que les patients ont la liberté de consulter ou non ?
- Et ce serait en plus obliger le Médecin à s'adresser à un confrère pour ce à quoi il a été lui-même formé.
- Au-delà du caractère déontologique, et hormis la complexité spécifique à a relation confrère-confrère, quel résultat peut-on attendre d'une relation de soin « forcée » ?

Et les recommandations et incitations fortes à un suivi médical personnalisé semblent être jusqu'à présent loin d'être suffisantes.

Nous pensons, que la situation actuelle de souffrance des médecins justifie une prise en charge individualisée.

Pour mettre en place un suivi, la déclaration obligatoire d'un médecin traitant ne semble pas suffisante. Peut être qu'une interdiction de l'auto-prescription permettrait au médecin de consulter un thérapeute autre que lui-même et améliorerait sa prise en charge ?

- Professionnel

√ Une ANALYSE FONCTIONNELLE de sa Situation Professionnelle

Dans la continuité du bilan personnel, une analyse de sa situation au travail est souhaitable :

- Prendre un temps et un recul suffisants pour évaluer sa situation professionnelle, identifier les difficultés, les contraintes, les motivations, les aspirations, les perspectives.
- Evaluer son degré d'engagement, son investissement et ses compétences.
- Définir des objectifs réalisables, mettre en place de moyens pour les atteindre, et les réévaluer.
- Utiliser de techniques de résolution des problèmes.
- Raisonner en termes de système : s'adapter au système, y apporter des changements ou s'en soustraire.
- Améliorer sa gestion du temps et son organisation professionnelle
- Hiérarchiser et Prioriser les Actions et déléguer si possible
- Ne pas se fixer d'exigences trop élevées. En effet le burnout résulte souvent de l'impossibilité d'atteindre des objectifs irréalisables
- Ne pas maintenir des aspirations initiales en décalage avec la réalité professionnelle.

Nous pensons que ce travail sur soi même nécessiterait une aide extérieure.

√ FORMATIONS UTILES pour les médecins, adaptées à leurs besoins et contributives à leur pratique quotidienne

L'accès à des formations peut permettre d'acquérir ou de renforcer des compétences dans la pratique quotidienne sur le plan médical : la responsabilité médicale, l'erreur médicale, l'annonce d'un diagnostic grave, la confrontation à la violence, le risque suicidaire, la prise en charge de familles.

Mais selon nous, ce dont les médecins ont besoin, ce ne sont pas seulement des connaissances purement médicales supplémentaires, mais d'un **apprentissage en psychologie médicale** (relation médecin malade), **sur le plan relationnel** (techniques de communication, gestion des conflits...) **sur le plan organisationnel, gestion temps et management** (pour les futurs Chefs de Pôle et responsables de secteur).

Des connaissances en gestion temps pourraient permettre au médecin de faire un meilleur usage de son temps et de disposer d'outils pratiques pour s'organiser au travail face à une charge administrative croissante. Apprendre à

prioriser, déléguer si besoin, différer ou savoir dire non..., sont autant de techniques basiques qui nécessitent néanmoins un apprentissage. Elles ne sont pourtant pas enseignées aux médecins.

Il en est de même pour les techniques de résolution de problème, les théories de système, d'adaptation au changement.

Par ailleurs il existe aujourd'hui de plus en plus de formations spécifiquement ciblées sur la prévention de l'épuisement professionnel : gestion du stress, prévention des risques psycho-sociaux, techniques de COPING (contrôle, auto-efficacité, hardiness...) dont l'efficacité a été prouvée. [183]

A notre avis de telles formations concrètes pourraient être d'une grande utilité dans la pratique quotidienne des médecins, particulièrement dans la prévention de burnout.

Il serait même possible, nous le pensons, d'intégrer ces notions dans le cursus universitaire des études de médecine.

✓ **Information des Etudiants en Médecine et des Médecins sur les RISQUES PSYCHOSOCIAUX de leur profession.**

Une information des médecins et surtout des étudiants en médecine sur la pratique quotidienne et les risques professionnels est à notre avis nécessaire si ce n'est indispensable.

L'objectif est de réduire les discordances possibles entre leurs attentes et leur idéal du métier de médecin et la confrontation ultérieure à la réalité du terrain et aux contraintes de la profession médicale.

Il s'agit de les sensibiliser aux risques liés à la profession, tels que l'épuisement professionnel, la dépression et le suicide.

L'information est un moyen d'identifier les médecins en souffrance.

Elle permettrait par ailleurs la lutte contre la stigmatisation du médecin malade. Il pourrait s'agir de **plaquettes d'information distribuées ou de l'intégration d'un module dans l'enseignement.**

En Belgique, en chaque début d'année universitaire, est organisée une rencontre pour les étudiants en médecine de première année. Cette rencontre intitulée « **La Formation Médicale : les 2 côtés de la médaille** » est une présentation de la profession et de l'exercice médical, comme il en existe dans d'autres facultés universitaires en Europe. Mais à la différence des autres, la Médecine y est d'emblée présentée de manière réaliste, avec en particulier une exposition des contraintes, des inconvénients et des risques spécifiques à la profession. [52]

Ultérieurement des Ateliers sont organisés à des moments stratégiques du cursus, animés par un Psychiatre formé au Groupe Balint. Les sujets sont variables : somme des connaissances, désillusion et deuil de la toute puissance, manque de temps hors profession, culpabilité de diminuer son temps au travail, peur démesurée de l'erreur médicale, acceptation de ne pas maîtriser toutes les connaissances, crainte de partager ses difficultés par peur du jugement de faiblesse, exposition à la souffrance et gestion des émotions...

Au Canada, il existe dans les universités de médecine du Québec, un programme de prévention « **des effets secondaires de la médecine** » dont les activités destinées

aux étudiants sont de 3 ordres : information, intervention et prévention. Il existe également en termes de prévention des présentations adressées à l'ensemble des promotions ainsi que des groupes de discussion encadrés par des psychiatres, en début de cursus et avant le début des stages hospitaliers. Au sein de la faculté un réseau d'étudiants est chargé d'apporter un soutien et une entraide aux étudiants en difficulté.

Chaque année, des conférences sur des thèmes pertinents sont menées, et en automne, est organisée la semaine de prévention.

L'évaluation de ces programmes par l'ensemble des étudiants est très positive et les demandes d'admission sont croissantes.

Il existe un module intégré à l'enseignement sur la gestion du stress et les comportements à risque des médecins pour les sensibiliser de manière systématique au burnout, addictions et risque de suicide.

Ces programmes favorisent l'accès aux soins dont l'aide demeure strictement confidentielle.

- Favoriser la communication et l'échange

Une amélioration de la Communication entre les Médecins et l'équipe de travail semble contribuer à un meilleur épanouissement au travail. [191]

Face à des contraintes professionnelles, avoir à ses côtés des confrères ou des collègues de travail disponibles et prêts à apporter un soutien, un réconfort, un encouragement, une écoute bienveillante constitue une aide réelle pour faire face aux difficultés rencontrées mais donne également un attrait supplémentaire à son exercice professionnel. [184]

La Satisfaction au Travail dépend aussi de l'existence d'un partage possible avec d'autres personnes, de valeurs, de croyance et de perceptions similaires de la réalité, de ressentis ou de vécus.

La théorie de l'auto-détermination propose qu'un environnement soutenant, dans lequel la perspective du sujet est considérée, ses sentiments sont reconnus, des informations significatives et utiles lui sont fournies et des possibilités de choix lui sont offertes, favorise le fonctionnement optimal des personnes. De nombreuses études montrent que le soutien à l'autonomie mène à des conséquences affectives, cognitives et comportementales positives. [183]

La meilleure aide est l'entraide. Elle peut s'effectuer à plusieurs niveaux :

- Le médecin doit cultiver son champ, ne pas s'attribuer des situations, des problèmes qui ne lui appartiennent pas, savoir déléguer des tâches au personnel paramédical et social.
- Le travail pluridisciplinaire doit être encouragé, non pas pour dissoudre les responsabilités mais pour les partager et mettre à contribution la mise en commun de compétences, d'idées et de réflexions. [122]
- Des temps et des espaces d'échanges, de concertation et de discussions constituent un moyen essentiel en prévention. [122]
- Enfin les Médecins doivent apprendre à demander de l'Aide en cas de difficulté d'ordre professionnel mais aussi et surtout en cas de souffrance.

Le Team Building ou « construction du collectif » semble être un moyen de protection avéré contre le burnout (Colloque à Brest en 2004 sur l'évolution possible

de la Médecine Générale). Le *Team Building* est un processus permettant de développer des valeurs collectives au sein d'une entreprise comme la cohésion, l'interdépendance ou l'implication. Ces facultés peuvent être cultivées et transposées dans tout groupe de travail et elles peuvent s'appliquer dans un service hospitalier. D'autres activités de groupe tel que le *débriefing* ou *defusing**, le *tutorat* ou le compagnonnage peuvent être mises à profit pour diminuer l'anxiété des plus jeunes et valoriser les compétences des plus anciens.

*Le *defusing* est un soin psychique dans les premières heures suivant un traumatisme souvent réalisé dans les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques, qui consiste à réintégrer la personne dans la réalité, dont elle s'est sentie momentanément exclue.

Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre l'âge et le burnout. **La fréquence de burnout n'augmente pas avec les années professionnelles. Mais il existe une période critique : les premières années de l'exercice médical** (Internes et jeunes médecins).

Il semble qu'un renforcement et un soutien soient essentiels à ce niveau.

L'accompagnement, l'encadrement, le coaching, le tutorat et la supervision des jeunes médecins est un défi à relever en terme de prévention de burnout. Moins de stress chez ses jeunes médecins ne peut que retentir positivement sur leurs carrières et nous pensons que cette « protection » en début d'exercice leurs permettrait d'acquérir confiance et défense dans leur avenir professionnel.

Il a été d'ailleurs proposé, en octobre 2010, un nouvel article au Code de Santé Publique : article 68 bis. Cet article définit le compagnonnage comme une obligation déontologique visant à transmettre le savoir et les connaissances.

- **Améliorer la formation médicale**

Une priorité : réduire le décalage entre l'idéal de l'étudiant en médecine et la réalité de la profession de médecin **et accompagner l'étudiant dans l'apprentissage de la profession.**

Nous venons d'évoquer la nécessité d'un encadrement sur le plan pratique, mais des changements pourront également être contributifs sur le plan théorique.

Les médecins, pourtant confrontés quotidiennement à la souffrance, à la douleur physique ou morale, aux difficultés existentielles, parfois aux drames de la vie, à la mort...n'ont pas été suffisamment préparés, ni pour entendre, ni pour analyser ou comprendre, encore moins pour y répondre.

Un enseignement de psychologie a été rétabli dans la formation médicale mais il s'avère encore insuffisant en termes d'heures consacrées par rapport aux besoins réels que demande l'exercice professionnel en psychologie médicale.

Il en est de même sur un plan relationnel. Un enseignement à la communication semble d'une utilité évidente au quotidien dans ce métier où la relation à l'autre est centrale, fondamentale. Un enseignement adéquat en communication permettrait aux médecins d'améliorer leurs qualités relationnelles qui leur font encore trop souvent défaut, ce qui représente une potentielle source de souffrance pour les patients. Mais il est fort possible que les médecins en souffrent également, consciemment ou non.

Il serait utile d'intégrer dans le cursus universitaire (en y accordant un temps suffisant..) un apprentissage à l'écoute, à l'annonce d'un diagnostic, à l'information, à

l'éducation et à l'accompagnement du malade.

Il en est de même d'une formation éthique et philosophique sur la fonction médicale et les rôles du soignant, qui pourrait préparer le professionnel à une réflexion indispensable sur sa pratique, ses limites et ses responsabilités auprès des malades. D'autres thèmes seraient également intéressants à développer dont la sociogenèse des pathologies, les représentations sociales des maladies, des traitements, des professionnels de santé...

Nous pensons que « la forme » des études médicales pourrait être améliorée également. Il est temps selon nous de mettre un terme à la quête de la perfection, à la pression de sélection. Des objectifs d'élitisme et d'excellence favorisent en effet le devenir de « workaholics » (professionnels addicts au travail), l'émergence d'un perfectionnisme pathologique, l'isolement et l'individualisme qui contribuent à l'épuisement professionnel ultérieur. Nous pensons qu'un autre défi serait à relever en termes de prévention : un système universitaire dans lequel les étudiants en médecine seraient entourés, soutenus, reconnus et récompensés pour leurs efforts.

II - Sur le Plan INSTITUTIONNEL

✓ Faciliter et favoriser l'ACCES aux Soins pour les Médecins

Le Médecin, avant d'être Soignant, est, et avant tout, un Etre humain. Et il a le droit, de bénéficier au même titre que les patients et de l'ensemble de la population, du Service de Soins.

Pourtant en pratique, la réalité en est tout autre. Les faits montrent que l'accès aux Soins pour les médecins est loin d'être simple, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une prise en charge pour des troubles psychiques ou addictologiques.

Les facteurs limitants de l'accès aux soins pour les médecins sont multiples et les mécanismes complexes. Comme nous l'avons déjà évoqué, les médecins ont certes leur part de responsabilité (consciente ou non) dans l'absence de prise en charge (déni, manque de temps, crainte du jugement et de la remise en cause de ses compétences ...)

Mais un obstacle incontournable à l'accès aux soins est la crainte justifiée d'un risque évident de non-confidentialité avec ses conséquences professionnelles, et personnelles potentiellement graves.

A notre sens, la raison profonde du problème réside en la stigmatisation du médecin malade, elle-même en rapport avec la représentation du Médecin.

Une réglementation déontologique et confraternelle s'impose de façon urgente pour faciliter l'accès aux soins pour tous les médecins.

En amont, pour que l'accès aux soins soit envisageable, la première étape reste une prise de conscience ainsi qu'un changement radical dans l'esprit et le comportement du Corps Médical, face à la santé de ses médecins.

Ensuite, la question se pose, de la nécessité de l'existence de structures de soins spécifiques pour les médecins malades qui permettraient un respect strict de la confidentialité.

- L'APSS (Association pour la Promotion des Soins au Soignant) recrute actuellement des médecins chargés de la prévention et du suivi médical. Ces Médecins vont suivre une formation pour la prise en charge du médecin malade.
- **Envisager des Structures de Soins Spécifiques pour Médecin malade ?**

La première structure addictologique réservée aux professionnels de santé a été un projet du Professeur Pierre CARAYON (Gastro-entérologue en retraite) au CH de Besançon, à la demande de la CNOM. [192]

Ce projet était de créer un service hospitalier de 40 lits, destiné aux médecins et professionnels de santé pour l'ensemble de l'**Hexagone**. L'ouverture des portes était prévue en 2010 mais le projet a été réévalué en raison des problèmes de confidentialité paradoxalement : la stigmatisation « hospitalisation à Besançon = dépendance à l'alcool ou pathologie psychiatrique ». Il existait également des difficultés anticipées dans les modalités de suivi.

Le projet actuel est le suivant : création non pas d'une structure sur le plan national mais de 5 structures (Sud, Est, Nord-Ouest, Sud -Ouest et Ile de France) pour faciliter le suivi après l'hospitalisation. [192]

Actuellement le projet de 3 sur 5 structures est arrivé à terme, disposant chacune de 10 lits d'hospitalisation en Psychiatrie et d'un personnel spécifiquement formé selon le modèle Catalan et Québécois. Ce jour, pour admettre un médecin malade au sein de la structure, il convient de prendre contact avec le CDOM ou avec le Dr LEOPOLD ou le Dr COLSON, Co-créateurs de ces structures.

Un arrangement est obtenu par la CARMF pour que les indemnités journalières soient versées dès le premier jour.

Les limites rencontrées et encore à ce jour sont :

- Le problème du financement des 2 structures dont le projet n'est pas arrivé à terme
- La sélection des Psychiatres formateurs pour une prise en charge spécialisée du personnel
- Le problème du développement d'un réseau post-hospitalier capable d'assurer le suivi de ces médecins après la période d'hospitalisation.

✓ **Une Médecine du travail pour tous les médecins hospitaliers**

Nous savons que, de manière générale, les Médecins hospitaliers sont peu, pour ne pas dire 'pas' suivis par la Médecine du travail.

Les raisons rejoignent celles mentionnées précédemment. Le problème de confidentialité étant par ailleurs probablement décuplé en raison de la situation du service de Médecine du Travail sur le lieu de travail lui-même, et peut être de la crainte, justifiée ou non, d'un lien potentiel avec la direction de l'hôpital.

Le résultat est là : les médecins « échappent » à la médecine du travail. Ils n'y sont pas suivis et lorsqu'ils sont convoqués, ils trouvent un moyen pour ne pas s'y rendre. Nombreux sont les auteurs, médecins, chercheurs, à s'interroger sur la mise en place d'une Médecine préventive pour tous les Médecins. [135, 143, 193]

L'Ordre National des Médecins réfléchit à la mise en place d'une consultation obligatoire pour tous les médecins tous les 5 ans mais ce type de suivi ne nous paraît pas adapté, ni suffisant pour une prise en charge de qualité.

Les réflexions des médecins tels que LEOPOLD et GALAM, sont les suivantes :

- Faut-il instaurer une Médecine du Travail pour tous les médecins, hospitaliers et libéraux ?
- Doit-elle être Spécifique au Corps Médical ou au Soignant ?
- Y a-t-il nécessité d'un « Corps Médical Soignant » comme au Canada ou en Catalogne ?
- Faut-il rendre systématique et obligatoire la prise en charge médicale des Médecins ? Est-ce possible et réalisable sur un plan éthique et déontologique de l'imposer ?
- La création d'une Médecine du Travail en dehors du lieu et cadre de travail ne pourrait-elle pas « suffire » à améliorer le suivi médical des médecins et permettre d'établir une confiance et de répondre aux besoins des médecins en terme de confidentialité ?
- Quels en seront les Objectifs ? Dépistage, Soutien, Signalement si besoin ? ou une 'simple' Sensibilisation ?

Nous pensons qu'au vu de la souffrance manifeste, des difficultés exprimées et des risques psychosociaux (encourus et reconnus) de la profession médicale, ainsi que de l'échec des recommandations, un suivi médical « obligatoire », ou mieux systématique s'impose. Cela mérite à notre avis d'être porté à la réflexion de toute la profession médicale.

L'intérêt de délocaliser le service de Médecine du Travail à distance de l'Hôpital en faciliterait très probablement l'accès. Mais le bénéfice nous paraît partiel et le problème de fond réside.

Envisager une Médecine Préventive indépendante du Conseil de l'Ordre et des Caisses d'assurance Maladie par et pour les médecins serait un moyen d'accentuer la Confiance.

Le fait de rendre systématique un suivi pour tous, peut être vécu comme répressif, mais c'est un moyen efficace pour assurer l'accès aux soins et ce, sans craintes de stigmatisation, puisque tous les médecins consulteraient au même titre.

Les bénéfices pourraient être multiples : une sensibilisation pour les médecins à leur état de santé et appliqué aux risques psychosociaux, la possibilité d'envisager un dépistage de l'épuisement professionnel.

Peut être que le suivi médical « pur » pourrait relever d'un médecin référent généraliste.

Compte tenu de la complexité de la prise en charge d'un médecin par un confrère, la question que nous pouvons nous poser est la suivante : Est-ce qu'il ne serait pas intéressant voire souhaitable de former des Médecins spécifiquement à la prise en charge d'autres Médecins et aptes à la « persuasion incitative ».

Une prise en charge spécialisée et spécifiquement adaptée aux médecins permettrait de reconsidérer la médecine préventive autrement, et de la considérer positivement, non plus comme une contrainte mais comme une aide, un soutien, un coaching, une supervision, une réflexion sur son exercice professionnel...

Si rendre un suivi médical obligatoire ne pose pas à notre avis de problèmes déontologiques, par contre le signalement, nous pose tout de même des questions éthiques.

La crainte de fond, qui est de ne plus être autorisé à exercer en raison du dépistage d'un problème de santé, en particulier psychique, persiste... et ce, quelles que soient les modalités d'une Médecine pour les Médecins.

Néanmoins est-ce rendre service aux médecins qui ont besoin de Soins et aux malades qu'ils soignent, que de ne pas agir sous prétexte qu'ils sont médecins ? Nous ne le pensons pas.

√ Une évaluation initiale et une réévaluation régulière des aptitudes physiques et mentales

La Prévention de l'état de santé des médecins commence bien en amont de l'exercice de la profession.

Pour certains, les études médicales, longues et difficiles constituent en soi, une épreuve, et représentent une sélection des sujets les plus motivés et les moins vulnérables. Pourtant, les résultats démontrent que même si cette hypothèse peut paraître cohérente et valable, elle est loin d'être validée et que cela ne préserve en aucun cas d'une décompensation psychique ni d'un éventuel burnout ultérieurs. Il est en effet fréquent que des troubles psychiques se révèlent ou se précipitent au moment de la confrontation avec l'exercice pratique. La première période de vulnérabilité se situe au moment du premier contact avec le monde hospitalier, lors des premiers stages hospitaliers (externat), l'autre moment critique est le début de la prise des fonctions d'interne et la confrontation aux responsabilités de médecin.

- Nombreux sont les Médecins qui sont favorables à une évaluation des aptitudes physiques et psychiques des étudiants à l'exercice de la médecine. **[57, 122]**

Le but ne serait pas d'exclure des étudiants mais de leur éviter des souffrances ou désillusions ultérieures.

Cette notion d'évaluation d'une aptitude à l'exercice soulève cependant pour nous des problèmes éthiques.

Quelles seraient alors les critères d'inaptitude psychique et quelles en seraient les conséquences ?

Sur un plan moral il nous paraît difficilement concevable de « réorienter » des étudiants motivés qui présentent une vulnérabilité psychique mais dont le fonctionnement n'est pas altéré, qui ne décompenseront peut être jamais et qui sont susceptibles d'évoluer favorablement.

D'un autre côté, nous pouvons nous demander, quel est le devenir professionnel d'un jeune interne en médecine, après de nombreuses années d'études spécialisées qui se retrouve inapte à l'exercice en raison d'une décompensation psychique.

Quelle alternative professionnelle lui serait proposée ?

- D'autres Médecins, comme Dr. GALAM ou Dr. MONTFORT, considèrent la vulnérabilité, comme une qualité de Bon Soignant, en raison du développement de qualités d'empathie liée à leur propre expérience de la maladie, de la souffrance. Et pour PLATON, le Père de la Philosophie occidentale, « *les plus habiles des médecins seraient ceux qui (...) n'étant pas eux même d'une complexion saine auraient souffert de toutes les maladies* ». **[194]**

Le mythe de Chiron permet de comprendre cette notion de soignant blessé. Chiron, centaure, a reçu d'Artémis et d'Apollon, l'enseignement de la Médecine, et par la connaissance des plantes, il en a reçu l'art de guérir. Mais lors d'un combat, il est blessé par mégarde par la flèche d'Héraclès imprégnée du sang de l'Hydre de Lerne,

il tenta de se soigner mais sa blessure était inguérissable. C'est parce que cette plaie lui procurait d'affreuses douleurs sans lui causer la mort (un dieu est immortel), qu'elle lui offrit la renommée de guérisseur incomparable de la Grèce Antique. Il transmet son savoir à Esculape, père de la Médecine occidentale.

Dans un ouvrage, publié peu avant son décès, JUNG affirme que seul un « médecin blessé » peut soigner de façon efficace et renoue ainsi avec le mythe avec Chiron.

[196]

CAUCHARD, dans sa thèse, se demande si le fait de présenter un burnout ou un trouble psychique en tant qu'Interne, ne donnerait pas à celui-ci plus d'armes et ne le rendrait pas plus fort et moins vulnérable dans son exercice futur. Soit parce qu'à la lumière de ce qu'il aura vécu, ses choix seront d'emblée différents, soit parce qu'il aura su mettre en place des stratégies d'adaptation efficaces pour lutter contre l'épuisement professionnel et favoriser son bien-être. **[197]**

- Quel que soit le sens donné, vulnérabilité ou force, il convient de rappeler qu'à l'heure actuelle, il n'y a, tout au long des études médicales, que seulement 2 visites médicales obligatoires : en PCEM et au moment de la prise des fonctions d'Interne, avant d'intégrer l'hôpital.

Article R.6153-7 du Code de la santé publique relatif au décret n°99.930 du 19 novembre 1999.

« Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie, par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule ... ».

Un suivi médical régulier, notamment sur le plan psychique, et ce dès le début des études de médecine est à notre sens une nécessité. Hormis, l'examen médicale en PCEM1, nous trouvons qu'une visite unique à l'approche du 3^{ème} cycle est insuffisante dénuée de sens.

Les objectifs sont encore à définir et le terme « évaluation des aptitudes » pose des problèmes éthiques et sous-entend une possible inaptitude à l'exercice.

Un trouble mental grave, avéré, peut être incompatible avec cette aptitude.

Mais pour toutes les autres situations, la réorientation professionnelle ou universitaire est encore un droit qui appartient à l'étudiant qui en fait le choix.

L'objectif pourrait être de dépister des vulnérabilités psychiques pour instaurer une prise en charge spécialisée si besoin, et permettre un exercice futur.

Par ailleurs, un soutien psychologique pourrait être proposé au moment critique qu'est le début de l'internat.

√ Former les médecins à la prise en charge d'un confrère

La prise en charge d'un confrère médecin est loin d'être simple, et ses difficultés ne doivent pas être sous-estimées. Les difficultés sont tout d'abord liées au fait qu'un confrère, est, tout comme l'un de ses proches, « un patient pas comme les autres ».

Le Médecin Malade appartient tout comme le Médecin qui le soigne, au Corps Médical. Ils partagent une formation, des connaissances, une culture, un esprit, des valeurs... L'interaction est de ce fait forte et complexe, avec un transfert, une identification au Médecin Malade qui risque de retentir inévitablement sur la prise en charge.

La position du médecin malade est particulièrement difficile pour les raisons déjà évoqués qui compliquent l'accès aux soins.

La position du Médecin consulté par un confrère ne l'est pas moins.

Les risques sont importants : déni, banalisation, identification inconsciente avec des conséquences évidentes graves au niveau de la qualité de la prise en charge. [51, 123]

Selon nous, la complexité et les risques liés à la prise en charge médicale d'un confrère justifierait une formation spécifique des médecins ou psychiatres qui sont amenés à soigner l' « un des leurs ».

Actuellement, cette formation n'est malheureusement encore qu'un projet en cours d'élaboration.

Faut-il envisager un enseignement systématique pour tous les médecins ou envisager la création d'un corps médical qui soignerait spécifiquement les médecins ?

La question des honoraires, ou plus tôt de l'absence d'honoraires vaut la peine d'être évoquée en raison de la fréquence et des conséquences réellement sous estimées. [122]

Dans le Serment d'Hippocrate est fait mention de la gratuité de l'art médical et d'une solidarité corporatiste sans précision :

« Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins; je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement ».

L'absence fréquente de paiement de la consultation risque d'aboutir à des consultations entre « deux portes ». Elles sont souvent sympathiques et chaleureuses mais tellement dangereuses. [122] Le malade quand il paye la consultation s'acquitte, et sinon il se sent redevable (ce qui est culpabilisant).

Il semble que les médecins, non seulement accèdent difficilement aux soins, mais que leur prise en charge est pour les raisons évoquées ci-dessus loin d'être optimale. Un accès amélioré aux soins doit être suivi d'une prise en charge de qualité. Il nous paraît essentiel que des médecins soient spécifiquement formés à la prise en charge « d'un des leurs ».

En attendant la mise en place éventuelle d'un corps médical spécifique, nous pensons qu'une formation à la prise en charge d'un confrère devrait être intégrée dans le cursus de tout médecin. Tous peuvent être en effet, confrontés un jour à la prise en charge d'un confrère malade.

Le paiement de la consultation n'est pas à notre sens « anti hippocratique » mais il confirme au contraire le caractère professionnel de l'acte et intègre le médecin dans le système de soins.

- Aborder le Suicide d'un Confrère

La Prévalence du suicide chez les Médecins est nettement plus élevée que dans la population générale. Pourtant, le suicide d'un médecin reste encore et toujours un sujet tabou.

La sensation de gravité et le caractère anxiogène de la mort d'un médecin par suicide se situent probablement au niveau de la vocation professionnelle : Comment concevoir qu'un Médecin, celui qui investit, engage une grande partie de sa Vie au Service de l'Autre, pour lui venir en aide, puisse se donner la mort ?

Et si on considère que le Médecin consacre la majorité de son temps de vie à son travail, se pourrait-il que sa mort soit en rapport avec sa profession ?
Et ce taux de suicide accru dans la profession médicale n'induit-il pas un sentiment de responsabilité voire de culpabilité auprès de tous les médecins ?
Est-ce trop anxiogène ou douloureux en raison de l'identification forte car vécue comme une atteinte de l'ensemble du Corps médical et ce suicide ne renvoie-t-il pas trop fortement à ses propres difficultés voir à sa souffrance ? Est-ce lié au déni des dysfonctionnements de l'entraide au sein de la profession médicale ?

Quelle que soit la signification de ce Silence, ne pas parler du Suicide d'un confrère, ne serait-ce pas « attribuer » le suicide à l'individu ?
Nous pensons que le risque est de ne pas extirper ce qui peut être à l'origine du suicide chez les médecins et de ne pas résoudre le problème, de ne rien mettre en œuvre pour que les choses changent.

- **Apporter une aide à un confrère en difficulté ou en souffrance**

Il convient de rappeler que **venir en aide à un confrère est un devoir pour tout médecin**. Ce devoir est inscrit et définit dans le Code de Déontologie :
« **Les médecins se doivent assistance dans l'adversité** » [197]

Article 56 du Code de Déontologie (Art. R.4127-56 du Code de la Santé Publique)

Ainsi le corps médical doit vivre dans la confraternité. Il est uni par un état d'esprit commun, celui d'une profession de responsabilité et d'action, par une formation intellectuelle particulière, alliant science et humanisme, par une communauté d'idéal. L'entraide se manifeste aussi dans le domaine matériel (aussi bien vis-à-vis du médecin que de sa famille en cas de difficultés : maladie, accident, décès) et sous l'égide de l'Ordre (Art. L.4121 du Code de la Santé Publique, ancien article L.382). Parfois, cette solidarité se manifeste sous forme d'une tontine, participation financière individuelle de principe des membres d'un groupe en faveur de l'un des leurs confronté à des difficultés.

Le Soutien des Confrères en difficulté ne consiste en aucun cas en un simple constat et encore moins en l'occultation de la situation à risque.

Ce soutien nécessite tout d'abord la reconnaissance de la situation ainsi qu'une prise de conscience de la difficulté de son confrère, qui impose une sensibilisation au préalable ainsi qu'une vigilance de l'équilibre psychique de ses collègues.

Mais cette reconnaissance, pourtant indispensable n'est pas suffisante en soi, et doit s'accompagner d'une volonté réelle de venir en aide. Et cette volonté doit surtout s'exprimer : il faut agir, aller jusqu'au bout des choses et intervenir.

Elle doit aboutir à une proposition de prise en charge pour permettre d'éviter à un confrère en difficulté ou en souffrance d'entrer dans un enlèvement dans un « cercle vicieux » inextricable.

Intervenir ne signifie pas résoudre le problème mais amorcer le processus permettant la sortie de ce « cercle vicieux » dont l'évolution sans intervention, est inéluctablement l'aggravation.

- **A qui appartient le problème ?**

A tous les médecins qui ont connaissance de l'existence d'une telle situation. Mais peut être que l'intervention appartient davantage encore au(x) confrère(s) le(s) plus

proche(s), à son Chef de Pôle, à son responsable de Secteur ? Pour que l'intervention se déroule dans les meilleures conditions possibles, dans un climat de confiance, de confidentialité, de bienveillance, auprès d'un médecin par ailleurs en état de vulnérabilité.

- **A quel moment agir ?**

Dès la prise de conscience d'une situation de souffrance et/ou de signes d'épuisement. Et ce, le plus tôt possible, sans « attendre » une évolution spontanément favorable.

- **Comment agir ?**

L'intervention auprès d'un confrère en difficulté n'est facile pour personne.

Les craintes des conséquences, et notamment relationnelles, d'une telle intervention sont légitimes. Il est possible, que le médecin concerné en souffrance, ne soit pas conscient de ses difficultés, qu'il soit dans le déni ou qu'il pense ne rien laisser paraître. Il faut en tenir compte. Pour contourner ces situations, et anticiper ces éventualités, il faudra se baser sur des faits.

Il n'existe pas de modèle d'intervention type bien évidemment. Ce qui nous paraît le plus important c'est d'intervenir et de la manière la plus adaptée possible, avec tact et bon sens, en toute confiance, en confidentialité absolue et avec bienveillance.

Trouver le bon moment, le bon endroit et installer la confiance nécessaire et suffisante.

Ces conseils sont valables pour tout médecin dans sa position face à un médecin souffrant. Lorsqu'on est un Chef de Service, la démarche à suivre est identique pour l'objectif principal : proposer une aide à la prise en charge, parvenir à une entente claire pour améliorer la situation. En tant que responsable, il convient de poser un cadre, d'énoncer les attentes, de fixer des objectifs et de poser des échéances.

Une certitude, le Silence, la Tolérance (d'un médecin en souffrance) n'est pas rendre service, à personne : ni au médecin qui souffre, ni aux malades qu'il soigne.

- **Développement du droit et devoir d'ingérence ?**

Les Médecins ont la possibilité d'alerter le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour l'informer (et non pas dénoncer) de l'existence d'un confrère malade, souffrant ou en difficulté.

Il convient de rappeler que **la notion de signalement** a été lancée en même temps que **le programme d'assistance au médecin malade et a été conçue comme une mesure de protection et d'aide au médecin concerné et en aucun cas à visée disciplinaire.** [124]

Le droit et le devoir d'ingérence du code de la déontologie a été développé afin d'encourager le médecin à signaler les confrères souffrant d'une maladie mentale, d'une addiction et/ou d'un épuisement professionnel. Il s'agit (et cela devrait être perçu comme tel), d'un moyen de prévention essentiel qui veut permettre le diagnostic ainsi qu'une prise en charge précoce et adaptée du médecin malade par le fait **d'un signalement confraternel.** [57,122]

Ce droit et devoir d'ingérence est probablement sur le fond une aide, mais il est possible d'émettre des réserves quand à la forme, et aux problèmes déontologiques qu'elle soulève :

Qu'en est-il en pratique ... ? Est-ce que cette voie est fonctionnelle ? Est elle considérée par les médecins comme confraternelle ? N'y a-t-il pas de risques de dérives ?

« Signaler » n'est-ce pas vécu comme « dénoncer » ?

Est-ce que les médecins n'ont pas déjà suffisamment de responsabilités et de charges pour s'engager dans ce genre de démarches et prendre le risque d'ôter la possibilité d'exercer à un médecin déjà en souffrance ou en difficulté ? Est-ce lui rendre service ?

Enfin, sur un plan éthique, ne serait-ce pas plus pertinent d'investir des moyens, du temps et de l'énergie en amont et dans la prévention que dans le signalement ?

- Limiter, signaler ou interdire l'auto prescription ?

Dans la thèse de L.GILLARD sur les médecins généralistes en 2004 en Ile de France, parmi ceux qui suivent un traitement régulier, 60% se l'auto-prescrivent. Environ 1/3 des médecins se sont prescrit un traitement psychotrope dans l'année : 84% d'entre eux se le sont auto-prescrits, 10% ont consulté un psychiatre. [125] Les réflexions autour de l'automédication et de ses risques dans la population médicale ne datent pas d'aujourd'hui. Nombreux sont les auteurs qui préconisent de limiter l'accès de médicaments (dangereux) chez les médecins en général, et ceux susceptibles d'être dépressifs en particulier.

VAILLANT, dans le début des années 90, rédige à propos des psychotropes, dans un article britannique que : « *Aucun médecin ne devrait pouvoir se rédiger seul une ordonnance pour une substance lui permettant de se sentir mieux, de dormir mieux ou de mieux travailler* ». [198]

ROSVOLD propose lors d'une publication (*The Lancet*, 2005), que cette pratique soit encadrée par des textes de loi et demande une législation limitative, comme c'est déjà le cas en Australie. [199]

En France, dans le Rapport du Médecin Malade, il est évoqué que les Caisses d'Assurance Maladie pourraient décider par voie réglementaire puis conventionnelle de limiter l'auto-prescription des médecins, en cessant le remboursement de certains médicaments. Les pharmaciens, dans le cadre des relations ordinaires, pourraient également signaler les auto-prescriptions lorsque celles-ci présentent un caractère à risque ou délétère. [122]

Nous pensons qu'un encadrement voire une limitation de l'auto-prescription des médecins par une législation soit une nécessité en terme de prévention. Outre l'accès à des moyens létaux pour des médecins dépressifs suicidaires, le risque c'est de les maintenir dans l'isolement, renforcer leur solitude, retarder leur prise en charge et de ce fait limiter l'accès aux soins dont ils peuvent avoir besoin.

Peut-être est il possible de distinguer des niveaux dans cette législation et de dissocier les psychotropes des autres médicaments ?

Nous sommes davantage favorables à une réglementation en amont, plutôt qu'à un signalement par les pharmaciens ou par des mesures répressives de la

sécurité sociale qui pourraient être vécues comme des brimades voir des persécutions à l'égard du corps médical.

- Actions et rôles de l'Ordre des Médecins ?

La CNOM qui a mis en place l'Entraide Ordinale.

Qu'est ce que l'Entraide Ordinale ?

L'Entraide Ordinale consiste en toute action d'aide confraternelle de l'Ordre vers des confrères ou leurs familles en difficulté. [200] Cette aide peut prendre la forme d'une aide financière mais aussi d'une aide morale, par le soutien, des conseils ou bien par l'accompagnement social dans une période difficile. Il ne s'agit en aucun cas d'une substitution aux professionnels de santé ni à la famille.

En pratique l'entraide existe au niveau national par la CNOM et dans tous les départements au travers des commissions d'entraide des CDOM. Au niveau départemental, un élu ordinal nommé est responsable du suivi des demandes exprimées par ses confrères du département.

Le service d'Entraide du CNOM instruit toutes les demandes qui émanent et qui sont transmises par les CDOM. Une présentation des dossiers se fait 5 fois par an devant la Commission Nationale de l'Entraide.

Entraide pour QUI ?

L'Entraide Ordinale s'adresse à :

- ✓ TOUT médecin inscrit au Tableau de l'Ordre, qui rencontre des difficultés, qu'elles soient ponctuelles ou durables, qu'elles soient de nature financière, sociale, professionnelle ou personnelle, ou relatives à leur état de santé.
- ✓ Ainsi qu'aux Familles et aux ayants-droits des médecins.

Entraide COMMENT ? Quelle est la Procédure à suivre ?

Le Médecin en difficulté doit s'adresser au Conseil départemental de son lieu d'Inscription pour remplir un questionnaire en vue de la constitution d'un dossier. Il sera invité par le « référent entraide » du CDOM qui émettra un avis pour la présentation de son dossier devant la Commission Nationale d'Entraide. Pour avoir un ordre d'idée, chaque année sont traités environ 150 dossiers de médecins en difficulté.

A notre connaissance, les relations entre le Conseil de l'Ordre et les Médecins n'ont pas toujours été suffisamment bonnes et la confiance est difficile à établir. Pour les médecins le Conseil de l'Ordre est souvent plus considéré dans la sanction que dans l'aide.

L'entraide est en effet une contribution mais il semble qu'elle soit sollicitée à un stade très tardif, à un moment où le cercle vicieux est déjà bien installé et le médecin malade, souffrant ou épuisé, dans une impasse.

Il serait peut être important de (r)établir des liens par des rencontres entre les représentants de l'Ordre et les médecins sur le terrain. Et il faudrait favoriser des actions préventives en amont d'une situation de « naufrage », d'endettement irréversible, d'un problème addictif grave ou d'un stade d'épuisement sévère. Peut être que des efforts pourraient améliorer le dépistage de l'épuisement professionnel par des questionnaires, des brochures d'information, des colloques de prévention.
Le moment de l'inscription à l'Ordre est aussi un moment propice.

Enfin, nombreux sont les propositions et les projets au niveau de l'Ordre mais nous avons l'impression qu'ils stagnent, qu'ils restent au stade du conditionnel et que leur concrétisation ou leur aboutissement est difficile.

A noter que dans le Vaucluse, l'Amicale des Psychiatres du Vaucluse est une association qui a partir de « marqueurs de risque » fait intervenir une cellule d'entraide ordinaire auprès de médecins sans qu'une demande préalable n'ait été formulée, dès la présence cumulée de 3 « clignotants » pour intervenir au amont d'une souffrance psychique exprimée ou avérée.

- Améliorer la Protection Sociale des Médecins

Lors de l'Etude URML Ile de France réalisée par GALAM, 97% des médecins interrogés, sont en demande d'une amélioration de la protection sociale pour les médecins. [135]

1- Les Médecins Libéraux

√ L'assurance maladie

Les médecins généralistes sont affiliés à la Caisse d'Assurance Maladie de leur lieu d'exercice et relèvent du régime d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC). Ils bénéficient du remboursement des soins médicaux, du versement d'indemnités et des allocations en cas de congé maternité et du capital décès.

Mais ils n'ont pas droit aux indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni aux prestations des assurances invalidité et accident de travail.

√ La CARMF

L'affiliation à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) est obligatoire pour tout médecin titulaire du Diplôme de Docteur en Médecine, inscrit au Conseil de l'Ordre et Conventionné. Il doit cotiser à plusieurs régimes de retraite, à un régime de prévoyance invalidité-décès et à un régime d'allocation de remplacement si conventionné.

Actuellement, la protection sociale des médecins libéraux présente un délai de carence de 3 mois, en cas d'arrêt maladie ou d'accident. Le régime d'incapacité temporaire de la CARMF, assure en cas d'arrêt de travail une indemnité journalière de 90 € par jour, à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail. [124]

Ce délai de 3 mois n'est pas du fait de la CARMF mais des Pouvoirs Publics qui ont toujours estimé que le versement des indemnités journalières de la CARMF ne relevait pas d'un régime assurance maladie mais d'un régime invalidité.

Une assurance complémentaire suffisante s'impose à tout médecin et ce, dès leur inscription au tableau de l'ordre pour couvrir cette période de carence et subvenir financièrement à leurs besoins pour vivre durant cette période à risque.

2- Les Médecins Hospitaliers

La Situation n'est guère plus confortable pour les Médecins Salariés [122, 124]

- Les praticiens provisoires et contractuels des hôpitaux n'ont aucune garantie statutaire : dès le premier jour de la maladie, ils ne bénéficient que**

des indemnités de la Sécurité Sociale et ce quelque soit la maladie. Ces indemnités s'élèvent au maximum à 50% du plafond.

- **Les hospitaliers titulaires ne sont pas épargnés non plus** : en cas d'arrêt maladie ils bénéficient d'une indemnisation à 100% du salaire pendant les 3 premiers mois, à 50% pendant les 9 mois suivants. Au delà du délai de 1an, de 12 mois de maladie, les praticiens ne touchent plus que l'indemnité versée par la sécurité sociale (50% du plafond) sauf s'ils obtiennent un congé de longue maladie ou d'ALD.
- **Les médecins hospitaliers et universitaires (PU-PH)**, principalement sous tutelle Universitaire de l'Education Nationale, ne bénéficient de leurs émoluments hospitaliers que pour une durée de 3 mois en cas d'arrêt maladie, et leur seule indemnisation provient ensuite de leur statut universitaire. Il leur est fortement recommandé de souscrire une assurance complémentaire, qu'ils aient ou non une activité libérale associée.

3- Les Aides de la CARMF

La CARMF a mis en place à disposition des médecins malades, des aides à la reprise. En cas d'arrêt prolongé, lors de la reprise du travail, la caisse peut maintenir les indemnités journalières pour une période de 3 à 6 mois, ce qui favorise une reprise plus confortable.

Un médecin peut être déclaré invalide s'il n'est plus en mesure d'exercer sa profession de médecin. Dans ce cas, il est tout de même autorisé à travailler en dehors du milieu de soins.

A 60 ans, si le médecin est déclaré inapte par ses pairs, il peut bénéficier d'une retraite anticipée avec maintien de ses droits.

Le capital décès a été réévalué et augmenté, passant de 4000 à 38 000 €.

En cas de suicide, l'indemnité de décès est augmentée pour apporter un soutien matériel aux familles du médecin suicidé. En revanche, si le médecin avait cessé de payer ses cotisations (pas impossible dans le cas d'un médecin malade, dépressif ou ayant un problème addictif associé), la famille ne perçoit pas le capital décès.

Pour pallier au délai de carence, le médecin a la possibilité de souscrire une prévoyance supplémentaire facultative pour les 90 premiers jours suivant le début de l'arrêt maladie (déductible fiscalement) ou de souscrire un contrat d'entraide entre confrères : la tontine.

Les conséquences financières parfois graves en cas d'arrêt maladie semblent être un frein évident à la prise en charge des médecins malades et tout particulièrement des médecins généralistes. Un système de protection plus sûr et plus solide devrait très probablement aller dans le sens de faciliter l'accès aux soins.

- **Assurer un système de prévoyance adapté**

Les médecins possèdent presque systématiquement une assurance responsabilité civile et professionnelle garantissant les conséquences pécuniaires des risques encourus dans leur profession.

Mais il leur est fortement recommandé de souscrire un contrat de prévoyance et de complémentaire santé (mutuelle) pour couvrir les risques qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie et la CARMF.

Pourtant les médecins présentent encore trop souvent une prévoyance insuffisante ou inadaptée.

Cette situation est probablement le reflet des représentations et du comportement que les médecins ont à l'égard de leur état de santé. Mais il existe une carence réelle dans la formation initiale sur l'organisation et la nécessité d'une prévoyance.

Il nous semble utile qu'une formation adaptée soit mise en place, intégrée dans les études médicales et proposée aux jeunes médecins en 3^{ème} cycle. Elle contribuera à la compréhension de l'intérêt d'une prévoyance adaptée, d'autant plus en médecine libérale. [122]

Il existe de très nombreuses compagnies d'assurance privée qui proposent des contrats divers et variés. La CNOM propose de créer une banque de données comparatives de tous les contrats existants des différentes compagnies sous forme de grilles comparatives avec une réactualisation régulière des données. [122]

La CARMF, pourrait également inciter les médecins à souscrire les assurances complémentaires.

- Développement de Tontines

Il s'agit d'aides supplémentaires dont peuvent bénéficier les médecins d'un groupe, après souscription d'un contrat d'entraide, qui s'effectue dans un cadre et un esprit confraternel. Ces tontines sont créées à l'initiative d'un groupe de confrères.

Chaque membre accepte de verser l'équivalent du montant d'une consultation par jour à un collègue malade ou en arrêt maladie pour compenser sa perte de revenus.

- Créer des passerelles pour une éventuelle reconversion

Il nous paraît temps, d'abandonner le dogme et la loi du « tout ou rien » pour les médecins malades. Un médecin reconnu incapable d'exercer son activité se voit radié et exclu de l'Ordre, alors qu'un exercice différent ou adapté serait, nous le pensons, possible.

Le Système d'Evaluation de la Pratique Professionnelle (EPP) et les bilans de Compétences Professionnelles Personnalisés (ex. Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues ou UNAFORMEC) pourraient avoir comme objectif : **le reclassement et la réorientation professionnelle** du médecin qui souffre et non pas la réponse univoque « non dangereux/dangereux, inscrit/non inscrit ». [122, 135, 143]

La possibilité de la reprise d'un exercice selon des modalités particulières ou selon une reconversion doit (dans des conditions sécuritaires et acceptables) être envisagée, si ce n'est favorisée, mais en aucun cas exclue.

Une banque d'offres en matière d'exercice professionnel pour des médecins présentant une pathologie physique ou psychique limitant leur activité pourrait être mise en place par le Conseil de l'Ordre pour une aide à la réinsertion afin d'éviter l'exclusion des confrères concernés.

- Mieux définir les responsabilités de chacun

Le poids de la crainte d'une erreur médicale ainsi que les conséquences graves des poursuites justifient une réflexion sur la responsabilité médicale.

Plus de 95% des médecins demandent que la nature ainsi que les limites de leurs responsabilités soient mieux définies. [130]

Pour limiter la judiciarisation de la relation médecin/malade, *des commissions de conciliation* sont mises en place au sein des CDOM et mises à disposition des médecins en cas de conflit. [40]

Un soutien téléphonique pour des conseils juridiques, par des lignes téléphoniques, pourrait être développé par le Conseil de l'Ordre.

L'inflation du judiciaire en médecine n'est-elle pas liée à l'altération de la relation médecin-malade, reflet du changement des représentations des valeurs d'une Société qui évolue ?

Résumé des actions possibles de l'Institution dans la prévention de l'épuisement professionnel

- **Eviter l'Ambiguïté des rôles, définir les objectifs professionnels et les champs d'action de chacun**
- **Définir la responsabilité médicale**
- **Favoriser l'Autonomie et une latitude décisionnelle**
- **Faire place aux perspectives, à la variété et au défi**
- **Créer de temps et des espaces pour l'échange**
- **Favoriser la Cohésion médicale, lutter contre la division et prévenir les conflits**
- **Demander aux responsables et aux supérieurs hiérarchiques de reconnaître et valoriser les compétences des médecins**
- **Proposer de formations utiles : organisation, gestion temps, management Coping**
- **Dépister les « personnalités à risque » (type A, perfectionnisme, LOC externe) et renforcer la hardiness, l'auto-efficacité**
- **Rétablir le sens du travail et le restructurer en activités significatives**
- **Privilégier la qualité à la quantité**
- **Sensibiliser les médecins aux risques psychosociaux**
- **Lutter contre la stigmatisation du médecin malade**
- **Dépister l'épuisement professionnel**
- **Assurer un suivi médical obligatoire**

III- Sur un plan SOCIAL

- Groupe Balint

Les études médicales sont essentiellement orientées vers l'acquisition de connaissances scientifiques. Elles assurent partiellement un enseignement des aptitudes pratiques. L'enseignement relationnel ainsi que psychologique est presque inexistant.

Le médecin a rarement l'occasion d'exprimer les difficultés qu'il a rencontrées dans la relation avec le patient. Et, les facteurs relationnels interviennent pourtant très largement dans la prise en charge des patients, dans la prise de décision.

Des difficultés relationnelles et émotionnelles peuvent conduire au burnout si elles ne sont pas travaillées.

La fonction du groupe Balint est de comprendre les interactions relationnelles ainsi que les difficultés de la relation médecin/patient et d'utiliser cette compréhension émotionnelle à des fins thérapeutiques. [201] La participation au groupe Balint permet au praticien de prendre du recul sur sa pratique et a prouvé son efficacité dans la diminution de la souffrance du médecin. [57, 121, 135]

√ Origine

BALINT (1896-1970), Psychiatre Hongrois, a été influencé par les théories de Mélanie KLEIN et WINNICOT et propose dans son ouvrage le plus célèbre, *Le Médecin, son malade et la maladie (1957)*, d'étendre les pratiques de la psychanalyse à la médecine générale. Il crée des groupes de paroles pour discuter à plusieurs médecins de la relation médecin-patient à travers des études de cas.

√ Définition

Le « groupe Balint » a été défini au Congrès International Balint à Bruxelles en 1974 : « *Groupe de médecins se réunissant régulièrement pour examiner la relation médecin-malade à travers l'exposé d'un cas. Ce travail s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient. La verbalisation des problématiques extra-professionnelles n'est pas posée comme but. Ces groupes sont animés par un ou des leaders psychanalystes formés à cette méthode. Ces groupes peuvent être étendus à des personnes non-médecin ayant des responsabilités thérapeutiques.* »

√ Objectif

L'Objectif de Balint était de mieux former les médecins sur le plan psychologique après avoir constaté la faillite des cours magistraux dans ce domaine. La formation avait pour but de permettre aux praticiens **d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients** et de rechercher les ressources personnelles et professionnelles pouvant être mobilisées et utilisées.

√ Modalités

Les professionnels de santé sont invités à réfléchir sur les problèmes relationnels posés dans leur profession. Le récit peut se faire sous forme de restitution d'un vécu par le médecin ou d'un jeu de rôle. La parole spontanée est favorisée pour faire un compte rendu le plus fidèle possible de l'aspect émotionnel de la relation médecin-malade. L'attention du groupe est portée sur le verbal (le choix des mots, les intonations, les intonations, mais aussi les omissions, les oublis, les lapsus, les silences), ainsi que sur le versant comportemental (les attitudes, les gestes et mimiques).

C'est en rapportant ce qu'il vit, dans une situation professionnelle donnée, devant des pairs, susceptibles de comprendre pour les vivre aussi, que le médecin va exprimer les défenses qui sont souvent le reflet des défenses du patient. Ces défenses, aux problématiques communes (Idéal du Moi, toute-puissance, castration, complexe d'Œdipe, sexualité..) sont souvent reproduites et offertes au groupe, attentif et bienveillant.

√ Spécificité du groupe Balint

Le groupe Balint ne constitue pas un groupe thérapeutique : les problèmes personnels ne sont pas évoqués. Ce n'est pas non plus une présentation de cas cliniques : ce ne sont ni le malade, ni la maladie qui sont au centre des discussions et de la réflexion du groupe, mais c'est la relation médecin malade, avec comme

finalité l'évolution favorable du patient.

√ Apport

L'approche Balint a été jugée utile pour augmenter la confiance en soi, la capacité d'écoute et la compréhension des patients. Au niveau de l'exercice professionnel, elle est très bénéfique en termes d'accomplissement personnel et elle diminue le stress. [121]

Le médecin exprime ses difficultés, prend conscience des obstacles, partage ses doutes. Il identifie ses émotions, ses compétences, ses ressources et ses attentes. [121]

- Groupe de pairs

Le groupe de pairs a été initié en France en 1987 par la Société Française de Médecine Générale. Ce sont des groupes de praticiens d'une même discipline qui se réunissent régulièrement pour partager, comparer et analyser leurs pratiques à travers des cas cliniques aléatoires. C'est une confrontation des pratiques entre les pairs, ainsi qu'avec les données de la science.

A noter qu'il n'y a pas d'expert, et l'absence de hiérarchisation favorise la communication. Les objectifs du travail sont :

- Renforcer l'identité professionnelle
- Améliorer le confort de l'exercice médical
- Rompre l'isolement
- Protéger contre le burnout
- Améliorer la qualité des soins

- Les Cercles de qualité

Le but de cet échange entre confrères est : orienter sa propre pratique selon les normes de recherche empirique (Evidence Based Medicine), l'adapter aux normes locales et définir des lignes directrices pour l'activité médicale.

Ils permettent une évaluation de la qualité de sa pratique et ils stimulent la confiance réciproque et encouragent le mode de penser en réseau.

- Les FMC

La FMC intègre de plus en plus, le bien-être des médecins dans le programme des formations.

- Le Counseling

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de « *counseling* » est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. Le *counseling* se définit comme une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels il doit faire face.

Une étude de cohorte sur le counseling de 227 médecins norvégiens atteints d'épuisement visait à les aider à faire face au stress. Une nette diminution du niveau d'épuisement émotionnel a été mise en évidence chez les 185 médecins qui ont terminé le suivi à 1an. A noter que le nombre de congés maladie ainsi que le nombre d'heures effectuées par semaine avaient également diminué. [202]

- Les alertes téléphoniques et sites internet

√ L'AAPML

En 2005, l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) va mettre en place une alerte téléphonique départementale, ainsi qu'un réseau de soignants, à la disposition des médecins libéraux en souffrance dans la région parisienne.

L'extension de ce dispositif d'accompagnement et de soutien psychologique, à tous les professionnels de santé, et à l'ensemble du territoire se fait très difficilement.

[135]

Le principe du dispositif : un entretien téléphonique permettant d'apporter une assistance psychologique immédiate, à des médecins (libéraux) en souffrance, de manière anonyme et confidentielle (numéro identifiant). Ce service est accessible 24h/24, avec une orientation si besoin au terme de l'entretien, pour une prise en charge plus adaptée aux besoins du médecin en souffrance. [143] L'assistance est délivrée par des Psychologues Cliniciens diplômés d'état, répondant aux règles déontologiques de la profession, et tous spécifiquement formés au soutien et à l'accompagnement téléphonique. L'entretien est fondé sur une écoute, non orientée, non interventionniste mais avec une distance suffisante et surtout une neutralité bienveillante.

0 826 004 580

Il ne s'agit pas d'une thérapie mais d'une assistance psychologique pour des médecins en souffrance, afin de leur faire prendre conscience si besoin, au terme d'un entretien téléphonique, de la nécessité d'une prise en charge adaptée, d'initier cette prise en charge, d'orienter au mieux le médecin (médecin, hôpital, association, ordre des médecins...) et de l'aider dans ses démarches.

En cas de gravité, une structure spécialisée adaptée (psychiatrique) peut être d'emblée contactée.

√ Association MOTS

Il existe depuis l'été 2010, en Haute-Garonne, une association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) adossée au CDOM mais indépendante.

Le contact est initialement téléphonique (06 08 28 25 59) avec une secrétaire du Conseil de l'Ordre qui réceptionne l'appel et oriente le médecin vers un audit professionnel, anonyme et confidentiel avec un médecin du travail de l'association. C'est le médecin de l'association qui oriente le médecin en souffrance vers un psychiatre si besoin, mais il propose également de l'aide auprès d'experts-comptables ou d'un avocat pour un moindre coût.

Pour l'instant, le recul insuffisant ne permet pas de juger de l'efficacité de l'association mais les principales raisons des appels ont jusqu'à présent été le burnout et les conflits au travail.

√ Le Service d'Entraide via les mutuelles

Dans le cadre de l'épuisement professionnel, la mutuelle 'Groupe Mutualité Pasteur' a organisé en décembre 2008, à Paris, un colloque intitulé « La vulnérabilité et la Souffrance du Soignant ». Ce colloque a permis de rassembler les acteurs institutionnels, de réfléchir et d'élaborer ensemble des solutions.

Un site a été mis en place pour informer et sensibiliser les soignants:

<http://www.lasouffrancedusoignant.fr/>. Il permet d'accéder aux enquêtes, aux articles de la littérature mais aussi de tester son niveau de burnout.

Une enquête réalisée par le groupe en octobre 2010, auprès de 3786 médecins montre que 66% des médecins interrogés ont déclaré qu'une consultation de burnout leur serait utile et 86% déclarent qu'ils pourraient en avoir besoin un jour.

Face à ce mal-être du corps médical, le groupe a décidé de créer un réseau national de référents chargés d'assurer des consultations de prévention de l'épuisement professionnel auprès de ses adhérents en difficulté. Un appel à la candidature de médecins a été lancé pour former spécifiquement 45 médecins à cette formation, répartis sur le territoire. L'objectif de rendre ce système opérationnel dès 2012 n'est néanmoins pas atteint car à ce jour le recrutement est encore en cours.

√ Les Sites Internet

Les principaux sites sur la souffrance, le mal être et l'épuisement professionnel sont :

- www.souffrancedusoignant.fr (site du groupe mutualité pasteur)
- www.aapml.fr (réseau d'aide aux médecins libéraux)
- www.psy.fr (prévention et gestion des risques psychosociaux)

- **L'association pour les soignants**

C'est une association créée en 2009 à l'initiative de l'Ordre des médecins et de la CARMF, des Fédérations hospitalières et du groupe mutualité pasteur.

Les objectifs sont les suivants :

- Créer d'une base de données statistiques sur les pathologies spécifiques des soignants
- Définir une politique de soins spécifique au soignant et en particulier former des médecins, psychiatres, addictologues pour des soignants.
- Solliciter les ARS pour la mobilisation de lits réservés à des soignants en détresse.

- **Les conférences nationales et internationales sur la santé des soignants**

L'American Medical Association organise, en collaboration avec l'AMC et depuis plus de 20 ans tous les 2 ans une conférence dont le but est d'établir des politiques et des programmes pour améliorer la santé des médecins dans le monde.

La Prévention de l'épuisement professionnel nécessite des moyens, du savoir mais aussi une prise de conscience ; une prise de conscience des risques d'épuisement, de suicide mais aussi de l'accès difficile aux soins.

Cette prise de conscience doit être collective (doyens de faculté de médecine, directions d'établissements, pouvoirs institutionnels, organisations médicales, conseil national de l'ordre, gouvernement) mais elle est avant tout individuelle.

Ce sont avant tout, les Médecins qui doivent en prendre conscience.

III- Éléments de Prévention de l'Épuisement Professionnel en PSYCHIATRIE

En raison de données de littérature insuffisantes sur une prévention spécifique du burnout du Psychiatre, nous allons émettre quelques hypothèses basées sur notre exercice pratique, nos réflexions personnelles et notre bon sens.

La prévention individuelle personnelle du Burnout des Psychiatres est identique à celle des Médecins.

Sur le plan professionnel, par contre, sans prétendre prévenir le burnout, nous pensons qu'il est possible de dégager quelques pistes de réflexion permettant de diminuer la souffrance psychique du Psychiatre au travail.

Nous allons décliner les points retenus dans l'analyse étiologique.

✓ La Relation Médecin Psychiatre / Malade

En raison des particularités de la relation du Psychiatre avec le malade, de l'intensité de la charge émotionnelle, de l'exposition à la souffrance psychique, il nous semble fondamental d'insister sur la nécessité d'une vigilance accrue dans le maintien d'une distance « suffisamment bonne » au niveau de la relation psychiatre – malade.

Il nous semble important, que le Psychiatre accorde une attention particulière à cette « distance thérapeutique ». Pour y parvenir, il peut faire un travail et des efforts personnels mais le travail en groupe, en équipe (infirmier de soins présent lors des entretiens, psychologues, assistantes sociales...) représente un intérêt certain. Un entretien psychiatrique « triangulaire » par la présence d'un tiers soignant « intermédiaire » peut constituer une aide réelle en termes de gestion de la charge émotionnelle. Adapter le nombre et la durée des entretiens est souhaitable. Le soutien et l'aide de confrères, des staffs médicaux centrés sur le relationnel, les Groupes Balint constituent également des moyens pour améliorer les relations « difficiles » avec certains malades.

Nous pensons que les formations de Coping centrées sur les moyens de défense contre le stress pourraient être très utiles.

✓ Prise en charge en Psychiatrie

Toutes les études internationales s'accordent sur le fait que le Suicide d'un patient, la gestion du risque suicidaire et du passage à l'acte, constituent, par une sollicitation forte de sa conscience professionnelle, une source réelle de stress au quotidien pour le Psychiatre.

Nous ne disposons pas de réponse univoque dans ce domaine. Hormis une optimisation de l'organisation médicale, c'est la cohésion médicale et le soutien de la part des confrères et du hiérarchique supérieur qui nous semblent essentiels. Des lieux et temps d'échange pour le relationnel et le vécu permettant l'expression du médecin en difficulté nous paraissent nécessaires. Il serait pertinent d'accéder à des formations sur le vécu et le retentissement psychique du risque suicidaire sur le médecin.

La chronicité, les rechutes, le déclin sociocognitif des malades, l'absence de traitements curatifs ... en Psychiatrie peuvent mettre le soignant en situation de « sentiment d'échec » ou le culpabiliser. Des formations spécifiques pourraient permettre de travailler les attributions du soignant, et lui donner des éléments utiles en termes d'attentes et d'objectifs adaptés. Ceci est à approfondir pour les Internes en Psychiatrie et les jeunes médecins dont les aspirations sont parfois en décalage avec la réalité du terrain.

Un accompagnement et une réévaluation précoce des aspirations pourraient être un moyen préventif solide contre un éventuel épuisement ultérieur.

✓ La diversification de la Psychiatrie

Nous assistons à l'augmentation de la géronto psychiatrie dans la spécialité. La formation de Psychiatrie s'est déjà adaptée à ce changement par la mise en place d'un enseignement spécialisé. Néanmoins le problème de la polyopathie de la personne âgée demeure. Par contre, la définition des rôles respectifs, entre Médecins Généralistes, Neurologues, Gériatres et Psychiatres en ce qui concerne les démences, troubles du comportement et problèmes de maintien à domicile semblent incontournable.

La « Psychiatrisation » des problèmes de société est devenue un réel problème en Psychiatrie. Le risque ultime est la perte de sens de son travail avec tout ce que cela implique. Ce problème, engendre parfois des conflits entre les médecins, qui engagent leur responsabilité, et les « équipes » qui manifestent leur incompréhension ou leur mécontentement face aux motifs d'admissions et aux motivations de ces patients. Le problème de fond : Est-ce que le Problème Social appartient à la Psychiatrie ? Nous pesons que 'Non' au sens strict. Mais, malgré l'absence de trouble mental sous-jacent, il y a souvent un retentissement psychique et une possible souffrance psychique associée. La conscience professionnelle et l'humanisme des Médecins expliquent probablement la tolérance à l'égard de ces problèmes sociaux, professionnels, conjugaux, ou éducatifs. Et ce d'autant plus, qu'il n'existe parfois pas d'autre alternative que la Psychiatrie pour cette population en difficulté. Pour éviter la dérive et trouver un juste milieu, il nous paraît nécessaire que les rôles, les champs d'action et responsabilités des Psychiatres soient plus clairement définis, de manière à pouvoir éviter ou refuser une hospitalisation « abusive » ou en réduire la durée. Et peut-être que « responsabiliser » le malade pourrait aussi constituer une aide pour le patient, le soignant et l'institution. Enfin, nous espérons la sortie de la crise économique et politique actuelle, ce qui aurait un retentissement favorable sur cette Psychiatrisation des problèmes sociaux.

✓ La Violence

Le travail en Psychiatrie est comme nous l'avons vu plus exposé à la violence. Malgré une tolérance accrue des Soignants, le stress qui en découle n'est pas négligeable.

Il paraît difficile d'agir sur la violence « expression de la souffrance psychique » en santé mentale. Néanmoins, il est possible de renforcer les moyens pour y faire face. Pour prendre en charge les patients, parfois difficiles, des moyens humains sont justifiés. Il faut un espace « de vie et de soin » suffisant pour les patients chroniques qui « vivent » en institution depuis des années, mais aussi pour les admissions qui

présentent une excitation psychomotrice ou un état d'agitation à risque d'agressivité. Nous pensons, qu'une formation de tous les soignants est nécessaire dans le but de mieux anticiper la violence, de gérer les situations à risque, les comprendre pour éviter des réactions de contre transfert, en « escalade symétrique ». Enfin, l'important c'est de définir et différencier la violence qui relève de la maladie mentale, pouvant être « tolérée », de la « violence gratuite », qui elle, est inacceptable.

✓ **La Pression Sociale et Politique**

Les moyens d'action pour les médecins sont fort limités à ce niveau. Les actions préventives relèvent davantage des pouvoirs publics.

Le changement doit passer par une prise de conscience de la situation à double contrainte dans laquelle se retrouvent les médecins : Faire (toujours) plus et (encore) mieux avec moins de moyens pour le faire !

Une amélioration de la communication et de la confiance avec les autorités de l'Etat ainsi que la reconnaissance des difficultés professionnelles des Psychiatres et Médecins en général est attendue. Elle est à notre avis indispensable. .

Une prévention efficace implique une sensibilisation des Services déconcentrés de l'Etat aux risques psychosociaux de la profession médicale et une (re)connaissance de leur part de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel ainsi que des taux alarmants de suicides des médecins.

✓ **Les changements**

Les capacités d'adaptation des Psychiatres sont fortement sollicitées face aux changements qui touchent la Santé Mentale. Mais encore une fois, leurs capacités ne sont pas inépuisables.

L'adaptation aux changements est facilitée lorsque les objectifs sont cohérents et compris et que les moyens apportés sont suffisants pour les mener à terme. Pour exemple, le développement de la psychiatrie en extrahospitalier ? Oui, mais il faut des moyens pour investir dans des structures de réhabilitation sociale avant de diminuer le nombre de lits et de soignants.

Une révision profonde de la « culture du résultat et de la productivité » est pour nous, une nécessité en Santé Mentale. Restaurer la qualité des soins en Psychiatrie est indispensable pour donner ou garder du Sens dans le travail.

Prévenir les risques psychosociaux en santé mentale permettrait de réduire l'épuisement professionnel et d'améliorer la santé psychique des Psychiatres au travail et, par conséquent celle des patients qu'ils soignent.

✓ **Répondre à la problématique de la démographie médicale en Psychiatrie.**

Les Psychiatres de la région sont comme nous l'avons vu dans le Chapitre ETUDE, en fort sous-effectif. Notre région dispose de 13 Psychiatres pour 100 000 habitants dans le Nord - Pas de Calais contre 22 pour l'ensemble du territoire national. Pour avoir un ordre d'idées : en 2005, une densité régionale identique à la densité nationale justifierait l'exercice de 900 Psychiatres alors qu'ils ne sont que 523 dans le

Nord - Pas de Calais. [174]

De plus, il existe une très forte disparité des densités infrarégionales : les zones rurales sont dépourvues, les zones à proximité de la Métropole Lilloise et près des EPSM sont plus denses.

La Psychiatrie fait partie des spécialités médicales ou les médecins de plus de 55 ans représentent plus de 30% des effectifs.

Ce vieillissement des Psychiatres est à l'origine de départs en retraite alors qu'il existe une difficulté réelle à pourvoir les postes vacants au sein des Hôpitaux. Les Postes de Psychiatrie à l'internat ne peuvent être augmentés en raison de déficits dans les autres spécialités pour un nombre d'Internes fixe.

Au niveau National, il existe un gradient du Nord vers le Sud, des zones rurales vers les villes et surtout les villes Universitaires.

Nous pensons, que ces inégalités démographiques des Psychiatres contribuent à l'Épuisement Professionnel.

Une augmentation des Effectifs des Médecins Psychiatres est fortement souhaitée. Mais malgré les recommandations des syndicats de Psychiatres le nombre de postes d'Internes en Psychiatrie a peu augmenté les dernières années et ne compense pas les nombreux départs en retraite.

Une Répartition plus équitable semble une nécessité pour rétablir un équilibre et pourvoir les zones géographiques en sous-effectifs, très probablement à risque d'EP.

Mais cette répartition plus homogène des psychiatres sur le territoire national se heurte à la liberté d'installation en libéral et à la possibilité de choix des postes pour les Hospitaliers.

IV - PERSPECTIVES

Le terme « Perspectives » nous renvoie aux hypothèses, aux éventualités, au probable, **au Possible pour l'Avenir**.

Elles peuvent aussi représenter les projets, les attentes et **l'Espérance**.

Dans la continuité de la Prévention, nous allons évoquer des pistes de réflexion sur l'Avenir du syndrome d'épuisement professionnel dans la profession médicale et de la prise en charge médicale des Médecins.

1- Devenir du Syndrome d'Epuisement Professionnel ?

- Etablir un diagnostic positif

L'épuisement professionnel est en pleine expansion, particulièrement dans la profession médicale. Mais cette reconnaissance n'est que partielle et il persiste des zones d'ombre dont une principale. Alors qu'il existe aujourd'hui un outil d'évaluation reconnu pour ses qualités psychométriques et ses performances en termes de validité et de fiabilité, il n'existe **pas de corrélation clinique avec les bornes établies du MBI, ce qui constitue un problème réel pour le diagnostic de l'épuisement professionnel**.

Par ailleurs sa valeur discriminative, notamment avec la dépression n'est pas totalement satisfaisante et la place de la 3^{ème} dimension (AP) est très discutée.

Il reste donc à établir des bornes, des scores limites basés sur des études cliniques solides pour diagnostiquer le burnout ou l'absence de burnout, ainsi que des degrés de gravité en congruence avec la gravité clinique de l'état d'épuisement.

- Burnout : Nouvelle catégorie diagnostique de trouble mental ?

Actuellement l'épuisement professionnel n'est pas reconnu comme une entité de la nosographie psychiatrique. Il n'a pas été retenu dans le DSM IV en raison d'une symptomatologie non spécifique et du risque de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques. Pour l'instant le burnout pourrait être retenu comme « **un trouble de l'Adaptation** » dans le DSM IV ou intégré dans « **surmenage et mouvements épuisés ou répétés** » de la CIM 10.

Mais ces catégories ne nous semblent pas suffisamment adaptées au SEP.

A l'avenir, le burnout ne mériterait-il pas une place dans les classifications internationales de Psychiatrie ?

- Place du burnout dans les causes du Suicide des Médecins ?

La surreprésentation du suicide dans la profession médicale doit faire évoquer un lien indéniable avec la profession de Médecin.

La fréquence du burnout chez les Médecins doit faire réfléchir **sur le possible lien**

entre burnout et suicide.

Le suicide des médecins n'est il pas le stade ultime du burnout ?

Les études sur le suicide des médecins et principalement leurs causes doivent être encouragées pour en diminuer la fréquence.

- Burn out syndrome : Maladie Professionnelle ?

La reconnaissance du burnout syndrome ou de l'épuisement professionnel comme maladie professionnelle a été évoquée par certains auteurs. Ils invoquent le cadre exclusivement professionnel et l'organisation du travail dans ce processus. D'autres mettent en avant le fait que le burnout n'est pas répertorié dans les classifications internationales, et qu'il s'agit d'un concept encore en évolution. Pour eux c'est l'organisation du Système de Soins qui est davantage responsable que le travail en lui-même et ils n'excluent pas l'hypothèse de vulnérabilités personnelles. Nous serions plutôt favorables à la reconnaissance du syndrome en tant que maladie professionnelle mais nous pensons que ce n'est pas à ce niveau que se situe la priorité. Ne vaut-il pas mieux investir des moyens, du temps, et de l'énergie à « combattre » le syndrome plutôt que de réfléchir à la façon de le considérer.

2- Etat de Santé des Médecins : Inspiration de Modèles Etrangers ?

A l'étranger, notamment au Canada et en Espagne, il existe des programmes de soins spécifiques pour Médecins malades. Ces aides spécifiques ont démontré une efficacité réelle dans la prise en charge médicale et de la réhabilitation psychosociale. Dans ces pays des visites médicales régulières d'aptitude sont imposées aux médecins.

La « problématique » déontologique ne se pose pas car les médecins ont obligation d'être en bonne santé pour soigner les malades.

Au Canada, depuis 1990, le PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec) est un organisme constitué par les médecins et pour les médecins. Il s'agit de prévenir, dépister, traiter, accompagner et réinsérer tout médecin en souffrance qui présente un trouble mental ou addictif, un épuisement professionnel ou un problème personnel.

En Espagne, le PAIMM (Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade) a été créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone puis l'Ordre des Médecins de Catalogne y a adhéré par la suite. Le but est de venir en aide aux Médecins qui présentent des troubles mentaux ou de dépendance.

La finalité est de permettre aux médecins d'accéder aux soins dont ils ont besoin et d'exercer dans les meilleures conditions.

Ce programme a pour but de faciliter l'accès aux soins pour les médecins, par un respect strict de la confidentialité. Il favorise également la recherche en santé mentale au sein de la profession médicale.

Une Clinique exclusivement dédiée au Médecin Malade a été ouverte à Barcelone.

Nous sommes favorables à la création dans notre pays d'un corps médical spécialisé dans la prise en charge des médecins malades.

Nous suggérons la mise en place au niveau universitaire d'une capacité ou formation dans ce sens.

CONCLUSION

Notre Etude a permis de confirmer notre hypothèse de départ : les Psychiatres (du Nord Pas de Calais) sont concernés par l'Épuisement Professionnel. L'utilisation d'un outil de référence, le taux de réponse élevé (57,6%), la représentativité de nos « répondants » par rapport à la Population étudiée, ainsi que la congruence de nos résultats avec les études réalisées donnent du « poids » à nos données.

Le terme de prévalence utilisé est inadapté au sens strict, en raison de l'absence de corrélation clinique avec les scores du MBI.

Néanmoins, selon la version du MBI utilisée (originale ou française), 33,5% à 41% des Psychiatres « répondants » présentent des signes d'épuisement professionnel (atteinte d'au moins 1 des 3 dimensions du MBI).

Ces taux semblent être moins élevés qu'en Médecine Générale (où les taux s'élèvent parfois à 50%) mais ils sont loin d'être négligeables puisque plus d'un tiers des Psychiatres répondants présentent des signes de burnout.

Alors qu'en médecine générale, les 3 dimensions du MBI sont fortement atteintes, les Psychiatres de notre étude confirment les données de la littérature: une atteinte dominante de l'Épuisement Emotionnel (EE) qui traduit la spécificité de la Psychiatrie : l'intensité de la charge émotionnelle dans la relation Médecin Psychiatre / Malade.

Une autre caractéristique des Psychiatres : la conservation d'un état de satisfaction au travail malgré un stade d'épuisement parfois avancé. Ceci explique peut être en partie la moindre perte de l'Accomplissement Personnel (AP). La dépersonnalisation (DP) est la dimension la moins touchée.

Il n'y a pas d'association statistiquement significative observée entre le burnout et les variables étudiées dans notre Etude.

Il semble que les Psychiatres soient également concernés par le déni spécifique aux Médecins face à leur état de santé : près de 35% des Psychiatres épuisés ne pensent pas l'être.

La difficulté pour accéder à une prise en charge pour une souffrance psychique ou un état d'épuisement est peut être encore plus marquée lorsque le Médecin en question est un Psychiatre.

La gravité de l'Epuisement Professionnel du Médecin réside dans le fait que l'EP provoque, non seulement des conséquences personnelles graves mais sur un plan professionnel une atteinte de la relation à l'Autre à l'origine de la perte de sens et de la perte d'empathie avec ce que cela implique dans la prise en charge des Patients. En raison de la place de la relation à l'Autre dans l'exercice professionnel du Psychiatre, les conséquences sont peut être d'autant plus sévères.

Nous pensons que les Psychiatres de par leur formation, leur exercice au quotidien (prise en charge globale de difficultés multiples et de toute nature) et l'attitude intérieure positive qu'exige leur profession, disposent peut être d'une tolérance accrue face aux stress et de moyens de coping (pour faire face à..) plus efficaces. Pourtant notre Etude, met en évidence un Epuisement Professionnel réel et avéré des Psychiatres de notre région. Elle conforte les résultats de l'Etude réalisée en Haute-Normandie ainsi que ceux de la vaste Enquête SESMAT.

Par ailleurs, sans pouvoir l'affirmer avec certitude, nous pensons qu'il existe un lien véritable entre « suicide et burnout ». Le Suicide peut en effet, être le stade ultime de l'Epuisement Professionnel. Les taux de suicide dans la profession médicale sont alarmants, les Psychiatres sont surreprésentés.

Nous pouvons, pour ces raisons, penser que les Psychiatres sont fortement exposés au Stress Professionnel, un stress professionnel qui leur est spécifique et qui nécessite d'être pris en considération.

La gravité des conséquences de ce Stress Professionnel pour les Médecins (Souffrance, Epuisement professionnel, Suicide...) mais aussi/ et par conséquent pour les Patients qu'ils soignent, impose une prise de Conscience et une Sensibilisation des Médecins et futurs médecins aux Risques Psychosociaux auxquels leur profession les expose mais aussi la mise en œuvre de Moyens de Prévention Spécifiques pour préserver leur Etat de Santé psychique.

Annexes

- Annexe 1 : **Les 8 Stratégies de Coping selon FOLKMAN S, LAZARUS RS et Al. (1986) [28]**
- Annexe 2 : **Résumé de quelques Etudes françaises sur le Burnout des Médecins Généralistes et Libéraux**
- Annexe 3 : **Le CBI: Copenhagen Burnout Inventory**
- Annexe 4 : **RESUME des RESULTATS : Enquête comparative sur le SEP chez les Psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) [87]**
- Annexe 5 : **Résumé des ETUDES Internationales sur l'Épuisement Professionnel des PSYCHIATRES**
- Annexe 6 : **Les Facteurs du BIG FIVE et les Traits correspondants (COSTA et Mc CRAE, 1992) [94]**
- Annexe 7 : **Nombre de questionnaires envoyés et le Lieu d'Exercice des Psychiatres de la Cohorte**
- Annexe 8 : **Le questionnaire de l'ETUDE, et le courrier d'accompagnement**
- Annexe 9 : **Effectifs des Psychiatres du Nord Pas de Calais (2008) et leur répartition en fonction de l'âge (2003)**
- Annexe 10 : **Caractéristiques des 17 Psychiatres qui présentent un degré d'EP MODERE à SEVERE**
- Annexe 11 : **Résumé des ETUDES sur l'Épuisement Professionnel des PSYCHIATRES FRANÇAIS**
- Annexe 12 : **Commentaires des Psychiatres Répondants**
- Annexe 13 : **Citations**

Annexe 1 : Les 8 Stratégies de Coping selon FOLKMAN S, LAZARUS RS et Al. (1986) [28]

Les 8 Principales STRATEGIES de COPING	
Le coping de Confrontation	Tenir bon et se battre pour ce qu'on désire, exprimer sa colère à la personne qui est à l'origine du problème.
La mise à distance	Traiter la situation avec du recul et continuer comme si rien ne s'était passé.
Le Contrôle de soi	Garder ses sentiments pour soi et faire en sorte qu'ils n'interfèrent pas avec la situation.
Chercher du support social	Demander des conseils et s'adresser à une personne qui peut apporter des éléments de réponse concrets.
Accepter la responsabilité	Etre autocritique et reconnaître que l'on est à l'origine du problème.
Fuite-Evitement	Espérer qu'un miracle se produise. Essayer de se sentir mieux en mangeant, en fumant, en consommant de l'alcool ou des médicaments.
Résolution du Problème	Etablir un plan d'action et le suivre, redoubler ses efforts, se donner tous les moyens possibles pour résoudre le problème.
Réévaluation positive	Redécouvrir ce qui est important dans la vie.

Annexe 2 : Résumé de quelques Etudes françaises sur le Burnout des Médecins Généralistes et Libéraux, d'après Karen LAMARCHE [83]

Région	Année	Pop	N	EE ↑%	DP↑ %	AP↓ %	Commentaires
Paris Haute-Garonne	2001	MG	932				46,6% déclarent être souvent ou très souvent stressés. 47 % sont prêts à changer d'activité en cas de cessation. Les causes citées: le poids financier 82%, les charges administratives 70%, la paperasse et le téléphone 62,8% et la perturbation de la vie privée 56,5%.
Bourgogne	2001	ML	394	47,2	32,8	29,2	Les relations avec les patients sont citées comme étant source majeure de stress dans 68,5% des cas
Bretagne, Dinan	2002	MG	88	22,7	35,2	39,8	La moitié d'entre eux affirmait avoir envisagé de changer d'orientation et 80% ne pas avoir assez de temps pour eux-mêmes ou pour leur entourage. 30% avaient augmenté leur consommation de tabac, 15% d'alcool, 40% de café, 20% de psychotropes. 1/3 de ceux qui ont EE fort, concerne des médecins exerçant depuis moins de 5 ans. Les taux de DP forts et AP bas touchent davantage les médecins exerçant depuis plus de 20 ans.
Loire	2003	MG	307	26	30	19	L'EE est associé au sexe féminin, à une charge de travail importante, au désir de reconversion, à la consommation d'alcool et de psychotropes, aux idées suicidaires.
Champ/Ardennes	2003	ML	408	42,3	44,5	37,4	44,5% des médecins entretiennent des attitudes très négatives avec leurs patients.
Poitou Charente	2004	MG	515	40,3	43,7	43,9	Le support social que constitue l'aide confraternelle a un effet modérateur.
Ile de France	2005	Int MG	692	24,1	42	48,6	40% des internes envisagent une réorientation professionnelle. 25% ont un suivi psychologique 15% prennent un antidépresseur
Truchot	2005	Etudiants en Méd.	650				20% des étudiants en médecine sont atteints de dépression. Les scores d'EE et de DP tendent à s'accroître au cours des 6 premières années. Il n'y pas de réduction d'AP associée. Les étudiants en médecine ont un désengagement social au profit d'un retrait sur des motivations plus centrées sur la sphère privée, personnelle. Ce repli identitaire n'est pas associé à un mieux être, mais plutôt à un burnout et à un degré de dépression élevé.
Réseau sentinelle l'INSERM PACA	2006	MG	221	27,1	32,6	27,1	La participation à une activité de recherche ou à un groupe Balint favorise l'AP.
PACA	2007	G	511	23	19,6	10,6	Facteurs associés à l'EP : durée hebdomadaire de travail élevée, patients en fin de vie, remise en cause de ses compétences par les patients, conflits travail/famille, contentieux judiciaires
Ile France	2007	MG	2243				53% des médecins déclarent se sentir en danger Les causes : - l'excès de paperasserie (63%) - l'augmentation des contraintes (45.6%) - la non reconnaissance de l'action du médecin (45%) - le manque de temps pour la vie privée (41%).
Ile France	2009	IMG	205	16	50	34	45% des IMG sont en burnout. La dimension dominante est la DP.

Annexe 3

Le CBI: Copenhagen Burnout Inventory

1 – Le CBI : Score de burnout = Epuisement Professionnel lié au TRAVAIL

Vous sentez-vous fatigué(e)?

Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) physiquement?

Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) émotionnellement?

Vous arrive-t-il de penser : "Je n'en peux plus"?

Vous sentez-vous exténué(e)?

Vous arrive-t-il de vous sentir faible et prédisposé(e) à être malade?

Jamais/presque jamais **1**

Rarement **2**

Quelquefois **3**

Souvent **4**

Toujours **5**

Score : moyenne des six items (alpha de Cronbach 0,88)

Elevé ≥ 3

2- Le P-CBI : Score de burnout : Epuisement professionnel lié au travail avec les PATIENTS.

A quelle fréquence...

- Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ?

- Trouvez-vous frustrant de travailler avec des patients ?

- Travailler avec des patients vous vide-t-il de votre énergie ?

- Avez-vous l'impression de donner d'avantage que vous ne recevez lorsque vous travaillez avec des patients ?

- Êtes-vous fatigué(e) de travailler avec des patients ?

- Vous demandez-vous parfois combien de temps vous allez être capable de continuer à travailler avec des patients ?

Jamais/presque jamais **1**

Rarement **2**

Quelquefois **3**

Souvent **4**

Toujours **5**

Score : moyenne des six items (alpha de Cronbach 0,85)

Elevé ≥ 3

Annexe 4 RESUME des RESULTATS : Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) [87]

	PSYCHIATRES (179 PSY)	Médecins de toutes spécialités (1924 MER)
PERCEPTION de l'ETAT d'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL par les Médecins :		
« Vous sentez-vous en état d'épuisement professionnel ? »		
% de « OUI »	12,4%	15,9% (p < 0,001)
% des « NE SAIS PAS »	16,3%	25,2%
% de SCORES CBI ELEVES parmi ceux ...		
... qui ne se sentent PAS ÉPUISES	27,6%	21,5%
... qui NE savent PAS répondre à la question	79,3%	62,6%
Les INTENTIONS de CARRIERE		
PAS de différences significatives entre psychiatres et autres médecins		
% des médecins qui ont l'INTENTION d' :		
Abandonner la profession	13,1%	
Changer d'établissement ou de mode d'exercice	22,3%	
Entreprendre des démarches pour un changement.	18,9%	
LIENS avec BURNOUT	Intention de changer de mode d'exercice ou d'établissement	Intention d'abandonner la profession. Propositions de changements Insatisfactions / salaire
1 - Facteurs Sociodémographiques		
PAS de différences significatives sauf pour l'âge et le sexe		
Age > 45ans	65%	58,1%
Age < 35 ans	13%	8,2%
% de Femmes	52,8%	42,5%
LIENS avec BURNOUT	Sexe féminin	Sexe et l'Age
2 - ETAT de SANTE DECLARE par les Médecins		
Pas de différence significative entre les groupes (hormis le sommeil)		
SCORE de Santé perçu comme MÉDIOCRE	6,5%	
SUIVI Médical	18,6%	
Troubles Psychologiques	28,4%	
Prise d'un traitement PSYCHOTROPE		
> 1 fois/ mois	35%	
> 5 fois/ semaine	6,8%	
SOMMEIL Insuffisant	50%	61,9%
Equilibre alimentaire : PAS de réelle pause repas le midi	27%	
ABSENCE de Suivi à la Médecine du Travail	40,9%	
SOUHAIT de SUIVI à la MT en l'absence de suivi	2/3	
LIENS avec le BURNOUT	<ul style="list-style-type: none"> - Le score de santé perçu - La déclaration de l'existence de troubles psychologiques - Une hygiène de vie inadéquate (loisirs, vie sociale, sommeil, équilibre alimentaire) 	

3 - Situation Professionnelle		
Position hiérarchique	71,5%	52,3%
Exercice d'activités ne relevant pas de leur fonction > 20% de leur temps	16,3%	27%
>50 heures/ semaine	25%	50%
Permanence de soins > 5 nuits/mois	8,5%	32,2%
CONFLIT Travail / Vie Personnelle	30,5%	43,3% (p <0,001)
LIENS avec BURNOUT	CONFLIT Travail / Vie Personnelle	CONFLIT Travail / Vie Personnelle Nb d'heures / semaine et nuits
Les Conflits Travail / Vie Personnelle multiplie par 3 la Prévalence du burnout		
4 - Les CONDITIONS de Travail (et perception de son Environnement de travail)		
Score d'Influence de travail: charge quantitative, intensité.	9,5%	42,7%
Score de qualités relations inter- personnelles : hostilités, tensions	33%	
Score global travail d'équipe : mauvais	21,5%	
Relations tendues avec l'administration	39,9%	
Soutien hiérarchique faible	50%	
Transmissions équipes insatisfaisantes	39,3%	
Victimes violences au moins 1X/ mois de la part des malades ou de leurs familles	55,1%	27,5% (p < 0,001)
Crainte de commettre des erreurs	46,9%	58,2%
Insatisfaction / qualité des soins dispensés	59,3%	48%
Disposition rarement (ou parfois) d'un temps suffisant	48,6%	57,1%
Discussion de groupe	48,6%	15,5%
Ratio Effort/ Récompense		
- Inadéquat	24,4%	31,6%
- Déséquilibré	17%	22%
LIEN avec le BURNOUT	Les FR Conditions de Travail significativement liés au burnout chez les PSY sont : - La qualité du travail d'équipe - Le Déséquilibre Effort / Récompense	TOUTES les caractéristiques des conditions de travail étudiées sont significativement liées au burnout.

Annexe 5 Résumé des ETUDES Internationales sur l'Épuisement Professionnel des PSYCHIATRES

ETUDE	Année	Cohorte	n / Taux de Réponse	Outil	RESULTATS				Commentaires
					EE ↑	DP ↑	AP ↓	EP	
Mental health, burnout' and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff (PROSSER D et Al, 1996). [179]									
LONDRES	1996	Psychiatres Libéraux et Hospitaliers	160	MBI	Comparaison modes d'exercice de psychiatrie : activité libérale et hospitalière. Niveaux de stress et d'EE plus élevés en libéral (isolement, insuffisance de moyens, de formation et de supervision).				
Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey (KORKEILA J. et Al., 2003) [180]									
FINLANDE	2003	Médecins travaillant dans le domaine de la Psychiatrie	Le taux de réponse était de 74% (n = 3133).	MBI	Les psychiatres et pédopsychiatres présentent plus d'EP, de menace d'EP sévère, de dépression et de troubles mentaux que d'autres médecins. La difficulté de consulter un confrère, le manque de supervision, l'exposition au risque de passage à l'acte sont significativement associés à l'EE. Les psychiatres et pédopsychiatres nécessitent une attention particulière par rapport à l'EP et leur santé en général, mentale en particulier.				
Influence of perceived organizational factors on job burnout: survey of community mental health staff (LASALVIA A. et Al., 2009) [181]									
Burnout Mental Health Staff in Veneto ITALY	2005	Infirmières (IDE) 42,2% Travailleurs Sociaux (TS) 22,9% Psychiatrists (PSY) 10,5%	1585/2017 Réponse 78,6%	MBI – GS	TS 50%	PSY 23%	TS 34,2%	Globalement, près de deux tiers du personnel psychiatrique présentent un état de stress professionnel élevé. Et 1 membre du personnel sur 5 souffre d'épuisement professionnel. Les psychiatres et les travailleurs sociaux présentent les niveaux d'épuisement professionnel les plus élevés. Les éducateurs et les psychologues, les plus bas.	
What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study (FISCHER J. et Al, 2007) [157]									
Nouvelle Zélande	2007	12 Psychiatres ↑EE VS ↓ EE			Etude qualitative sur 12 Psychiatres sélectionnés au hasard en 2 groupes EE élevé versus EE faible dans le but d'identifier des facteurs étiologiques et des facteurs protecteurs du burnout. Les facteurs protecteurs : soutien, existence d'activités extraprofessionnelles, caractère varié du travail, attitude positive à l'égard de son travail et satisfaction au travail.				

Burnout in psychiatrists (KUMAR S., 2007) [155]

Nouvelle Zélande	2007				Les facteurs de stress professionnel responsables du burnout des Psychiatres : <ul style="list-style-type: none"> - L'exposition à la violence - La confrontation au suicide et au risque suicidaire - Les exigences professionnelles croissantes - Des responsabilités accrues pour une autorité médicale moindre - L'impossibilité de modifier un système inefficace - La double contrainte et le conflit des responsabilités vis-à-vis de l'institution et de celles à l'égard du patient - L'isolement 		
------------------	------	--	--	--	---	--	--

Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study (KUMAR S. FISCHER J. et Al., 2007) [158]

Nouvelle Zélande Enquête de Prévalence	2007				La prévalence du burnout des Psychiatres est élevée : 2/3 présentent un niveau d'EE modéré à élevé. La DP ne semble pas en cause. Malgré la prévalence élevée du burnout, la satisfaction au travail demeure élevée.		
--	------	--	--	--	---	--	--

Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. (BRESSI C. et Al., 2009) [182]

Etude de Prévalence du burnout auprès de Psychiatres à MILAN	2009	Etude MULTI CENTRIQUE 5 établissements publics de santé mentale	81/115 Taux de réponse 70%	MBI	49%	39%	22%	Les psychiatres ont un niveau élevé d'EE et de DP et auraient des niveaux d'épuisement professionnel plus élevés que les autres médecins hospitaliers.
--	------	---	----------------------------------	-----	-----	-----	-----	---

Stresses experienced by psychiatrists and their role in burnout: a national follow-up study (KUMAR S. et Al., 2010) [160]

Nouvelle Zélande	2010		240/426 Taux de réponse 56,3%	MBI SOS-Q	Sur les 240 psychiatres répondants 131 avaient un score d'EE élevé (54,6%)	Facteurs de stress corrélés au burnout : La surcharge de travail Un nombre élevé d'heures Un environnement administratif lourd Un manque de soutien sur un plan management		
------------------	------	--	-------------------------------------	--------------	---	---	--	--

**Annexe 6 : Les Facteurs du BIG FIVE et les Traits correspondants
(COSTA et Mc CRAE, 1992) [94]**

Facteurs	Traits du Big Five	
Extraversion	Actif Sociable Orienté vers les autres Optimiste Affectueux Bavard	Réservé Calme Retiré Distant
Agréable	Sincère Chaleureux Bonne nature Serviable Indulgent Crédule Spontané Franc Direct	Cynique Soupçonneux Suspicieux Peu coopérant Irritable Manipulateur Grossier
Consciencieux	Organisé Digne de confiance Travailleur Discipliné Ponctuel Scrupuleux Ambitieux Persévérant	Paresseux Négligent Hédoniste Sans volonté Sans but
Névrosisme	Inquiet Nerveux Anxieux Emotif Inadapté Hésitant Hypochondriaque	Calme Relaxé Peu émotif Ferme Affirmé Assuré
Ouverture	Curieux Créatif Productif Original Imaginatif Non conventionnel	Conventionnel Intérêts étroits Peu artistique Peu analytique

Annexe 7

Nombre de questionnaires envoyés et le Lieu d'Exercice des Psychiatres de la Cohorte (Psychiatres Hospitaliers des Etablissements ou des Services de Psychiatrie Publics du Nord – Pas-de-Calais)	
NORD	
EPSM des FLANDRES (Bailleul)	41
EPSM LILLE-METROPOLE (Armentières)	62
EPSM de l'Agglomération Lilloise (Saint-André-Lez-Lille)	63
CHRU de LILLE (Fontan)	40
Clinique de Lautréamont (Loos)	4
CH de Seclin	6
CH de Somain	5
CH de Douai	13
CH de Saint-Amand-les-Eaux	5
CH de Valenciennes	28
CH de Denain	8
CH de Cambrai	9
CH de Sambre-Avesnois (Maubeuge)	10
CH de Fourmies	2
Total des Psychiatres du Nord	296
PAS-DE-CALAIS	
EPSM Val de Lys Artois (Saint-Venant)	37
CH de Calais	7
CH de Boulogne-sur-Mer	12
CH de Bapaume	3
CH de Hénin-Beaumont	8
CH d'Arras	13
CH de Montreuil / IDAC (Camiers)	10
Centre de psychothérapie « Les Marronniers » (Bully-les-Mines)	4
CH de Lens	13
Total des Psychiatres du Pas de Calais	107
Total nombre questionnaires envoyés	403

Annexe 8 : Le Courrier d'accompagnement du questionnaire



*Ruth WIERTZ
Centre Psychothérapique du Ternois
Interne en Médecine
EPSM Val de Lys Artois
SAINT VENANT
(Secteur de Psychiatrie du Ternois)
Tel. : 03.21.41.36.88
Ruthwiertz@aol.com*

Objet : Etude de la prévalence de l'épuisement professionnel des médecins psychiatres dans le Nord - Pas de Calais.

Cher(e) Confrère,

Je suis Interne en médecine générale dans le secteur de psychiatrie du Ternois - EPSM Val de Lys Artois – SAINT VENANT.

Je prépare ma thèse et le Docteur Boitrelle, mon Directeur de thèse, m'a proposé le sujet suivant :

Etude de la Prévalence de l'Épuisement Professionnel des Psychiatres Hospitaliers du Nord – Pas de Calais.

Monsieur le Professeur Thomas sera le Président de mon jury.

Pour réaliser cette étude, j'ai besoin de votre aide. Je vous demande (que vous vous sentiez concerné ou non) de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et de me le retourner, autant que possible, dans un délai de trois semaines, à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.

Les réponses à ce questionnaire et le traitement des données respecteront l'anonymat et seront strictement confidentielles.

Vous remerciant, à l'avance de votre participation, je vous prie de croire, Docteur et Cher(e) Confrère, en mes sentiments les meilleurs.

Ruth WIERTZ.

Annexe 8 : Le QUESTIONNAIRE

EPUISEMENT PROFESSIONNEL des Médecins PSYCHIATRES HOSPITALIERS du Nord Pas de Calais.

Un grand merci pour votre attention et votre participation à l'Etude.

Vos réponses ainsi que le traitement des données informatiques demeurent strictement confidentielles.

Pour faciliter le retour des réponses, ci-joint une enveloppe affranchie, prête à l'envoi.

Les résultats de l'Etude seront disponibles sur le site de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM): <http://www.santementale5962.com>

1^{ère} Partie :

1 – Quel est votre âge ?

- entre 30 et 39 ans
- entre 40 et 49 ans
- entre 50 et 60 ans
- > de 60 ans

2 – Quel est votre sexe ?

♀ ♂

3 – Quel est votre lieu d'exercice ?

- EPSM
- CH

4 – Vous exercez en :

- Psychiatrie Adulte
- Pédopsychiatrie
- Addictologie

5 – Pensez-vous que les Psychiatres soient concernés par l'Epuisement Professionnel ?

OUI NON

6 – Pensez-vous être concerné personnellement par l'épuisement professionnel ?

OUI NON

Pensez-vous avoir été concerné personnellement par l'épuisement professionnel ?

OUI NON

2^{ème} Partie : le MBI : Maslach Burn out Inventory

Echelle de mesure de l'Epuisement Professionnel du Soignant.
(Traduit par Fontaine)

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année, au moins
- 2 Une fois par mois, au moins
- 3 Quelques fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

ITEM	FRÉQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

**Annexe 9 : Effectifs des Psychiatres du Nord Pas de Calais (2008)
et leur répartition en fonction de l'âge (2003)**

Spécialité	NORD PAS de CALAIS	Nord	Pas de Calais
Psychiatrie Libérale	131	106	25
Psychiatrie Salariés exclusifs	417	309	108
Total	548	415	133

Source : DREES ADELI 2008

Répartition des Psychiatres du Nord Pas de Calais par tranche d'âge (en %) au 1 ^{er} janvier 2003									
	Moins de 35 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	+ de 65 ans	+ de 50ans
France	5,7	9,7	11,9	20,5	23,6	15,6	7,4	5,7	52,3
Nord	12,4	13,5	16,6	17,7	16,1	12,8	6	4,9	39,8
Pas de Calais	7,7	10,3	19,3	21,1	16,3	13,9	7,3	4,2	41,7
Nord Pas de Calais	11,3	12,7	17,2	18,5	16,2	13,1	6,3	4,7	40,3

Source : Répertoire ADELI, DRASS du Nord – Pas de Calais. Traitement ORS du Nord Pas de Calais – 2003.

Annexe 10 : Caractéristiques des 17 Psychiatres qui présentent un degré d'Épuisement Professionnel MODERE à SEVERE (atteinte d'au moins 2 dimensions du MBI)

Degré d'EP	Dimension du MBI atteinte			Age du Psychiatre				Sexe		Lieu d'Exercice		Type d'Exercice			Psychiatres concernés par l'EP ?
	EE	DP	AP	30-39	40-49	50-59	60+	♂	♀	EPSM	CH	Psy Adulte	Pp	Ad	
SEVERE	✓	✓	✓			✓			✓		✓	✓			OUI
SEVERE	✓	✓	✓	✓					✓	✓		✓			OUI
SEVERE	✓	✓	✓			✓		✓			✓	✓			OUI
SEVERE	✓	✓	✓	✓				✓		✓		✓			OUI
SEVERE	✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓			OUI
Modéré		✓	✓	✓					✓		✓	✓			OUI
Modéré	✓	✓		✓				✓			✓	✓			OUI
Modéré		✓	✓			✓			✓		✓	✓			OUI
Modéré		✓	✓	✓				✓			✓	✓			NON
Modéré	✓	✓		✓					✓		✓	✓			NON
Modéré	✓	✓			✓			✓			✓	✓			OUI
Modéré		✓	✓	✓				✓		✓		✓			OUI
Modéré		✓	✓			✓			✓	✓				✓	OUI
Modéré	✓		✓				✓	✓		✓		✓			NON
Modéré	✓		✓	✓				✓			✓	✓			NON
Modéré	✓	✓		✓				✓			✓	✓			OUI
Total	12	14	13	10	2	4	1	10	7	6	11	15	1	1	4 NON, 13 OUI
%	70,5	82,4	76,4	58,8	11,7	23,5	5,9	58,8♂	41,2♀	35,3EPSM	64,7CH	88,2	5,9	5,9	23,5% NON
232 PSY	19,5	8,5	16	37,2	27,3	26,4	9,1	52,4	47,6	54	46	70,6	25,1	4,3	59% NON

Annexe 11 Résumé ETUDES françaises sur l'Épuisement Professionnel des PSYCHIATRES									
ETUDE	Année	Cohorte	Effectif Taux de Réponse	Outil	RESULTATS				Commentaires
					EE ↑	DP ↑	AP ↓	EP	
Etude de l'EP des Internes en Psychiatrie Français Olivier ANDLAUER	2009	Les INTERNES Français en Psychiatrie Enquête multicentrique sur 9 villes en France	108/400 Taux de réponse 28%	MBI - GS	23,1%	14,8%	50,9%	-	9 Internes (8,3%) présentent un burnout sévère ; 19 Internes (17,6%) un burnout modéré. Résultat fort de l'étude : 50% des Internes présentent un taux d'AP bas
Etude de l'EP Psychiatres de Haute – Normandie, Albane LACOUTURE	2010	TOUS les Psychiatres : Hospitaliers : Internes et Psy Libéraux	145 / 314 53 Internes (16,9%) + 261 Psy (83,1%) Taux de réponse 46,2% 20,7% (30) internes, 79,3%(115) psychiatres	MBI – HSS Version Française	Internes Psychiatrie				Prévalence EP de 36,7% Psychiatres + Internes EE : 75% des scores d'EE élevé concernent les Psychiatres de plus de 55 ans. Très significatif : EE corrélé à l'âge (p <0,001). AP : Le résultat très nettement significatif : 40% des Internes ont un AP bas. Les troubles du sommeil sont corrélés de manière significative à une baisse de l'AP DP : différences significatives en fonction du type d'exercice : les taux de DP élevée sont nettement moins élevés pour les Psychiatres en EPSM (7,9%) qu'en CH (16,7%) ou en cabinet seul (15,7%).
					6,7%	16,7%	40%	36,7%	
Etude de l'EP des Psychiatres du Nord Pas de Calais FRRSM 5962	2011	Psychiatres HOSPITALIERS : CH et EPSM	232 /403 Taux de réponse 57,6%	MBI - HSS Version Originale	19,5%	8,5%	16%	33,5%	PAS de corrélation statistiquement significative entre le burnout et les variables étudiées : l'âge, le sexe, le type d'exercice ou lieu d'exercice (EPSM/CH) des Psychiatres Hospitaliers du NPdC.
				MBI - HSS Version Française	13 ,3%	9,8%	29,8%	41%	

Annexe 12 : Commentaires des Psychiatres Répondants

- « Chère Collègue, Bon courage pour ce travail au thème très pertinent. N'hésitez pas à me contacter si vous avez besoin d'une quelconque aide »
- « Proposition d'une Echelle d'Intensité de 0 à 6, la notion de fréquence étant moins adapté »
- « J'ai toujours autant d'énergie à m'occuper des patients. Ce qui me mine, c'est la lourdeur croissante de l'administratif inutile (protocoles, processus et autres...de technocrates) du flicage informatique qu'on voudrait nous faire faire, de la passivité de mes confrères à cet égard et de la main mise de l'industrie pharmaceutique sur les « leaders d'opinion » qui nous distille un discours Marketing (de l'attaque de panique à l'insight en passant par le trouble bipolaire et dont la perle est la fibromyalgie» !)Bon courage pour ta Thèse.
- « Réponse tardive en raison d'un arrêt de travail pour « burnout » jusqu'au 7/6/11 (5 mois d'arrêt) »
- « Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop ? Qui sont les gens ? Les collègues ? Les usagers ou les familles ...? »
- « Epuisement professionnel « cocktail » : fatigue + travail + évènement de vie personnel douloureux »
- « Il serait bien intelligent que vous puissiez mettre en ligne votre thèse ? »
- « L'épuisement professionnel est surtout lié aux contraintes administratives. Les patients ne sont pas pour moi l'impact le plus important de mon épuisement. Suggestion : 3^{ème} partie : impact des contraintes administratives (renseignements obligatoire de données confidentielles (ex diagnostic), flicage de l'activité, multiplication des réunions...) »
- Ajout question : « Etes-vous amené à prendre en charge des patients souffrants d'épuisement professionnel ? OUI, non »
- « Propositions de réponse en fréquence non adapté »
- « Bon courage ! »
- « Je pense être personnellement concerné par l'épuisement professionnel et je pense l'avoir été mais ça va mieux ! Bon courage pour votre travail ».
- « Je peux comprendre facilement ce que les malades ressentent ?! Autre problème, mauvaise question. »
- « J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes. Non, pas les malades, les équipes !! »
- « Sommes-nous différents des autres ?!? »
- « A 60 ans on est un peu saturé ! »
- « Bon courage pour votre travail »
- « Je ne crains pas que mon travail m'endurcisse émotionnellement. Au contraire ! Et je me sens de plus en plus sensible !
- « Merci de faire ce travail ! J'adore mon métier, mais c'est parfois bien difficile... »

Annexe 13

When your car breaks down you can get help within **60 minutes.**

When your mind breaks down it can take **18 months.**

rethink severe mental illness - www.rethink.org

When a doctor's mind breaks down, it can take **years.**

Bibliographie

- 1 Veil C. « Primum non nocere ». Les états d'épuisement. Le concours médical, 1959, p. 2675-2681
- 2 Freudenberger HJ. Staff burn out. Journal of Social Issues. 1974; 30(1): 159-165.
- 3 Freudenberger HJ, Richelson G. Burn-Out: How to Beat the High Cost of Success. New York: Bantam Books, 1980.
- 4 Maslach C. Burned out. Human Behavior. 1976; 5:16-22.
- 5 Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and future research. Human Relations. 1982; 35:283-305
- 6 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour. 1981; 2: 99-113.
- 7 Cherniss C. Staff Burnout. Job Stress in the Human Services. Beverly Hills CA : Sage, 1980.
- 8 Pines AM, Aranson E, Kafry D. Le burn out: comment ne pas se vider dans la vie et au travail. Montréal : Edition Le jour, 1982.
- 9 Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory: manual edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
- 10 Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. Stress and Coping 1996; 9: 229-43.
- 11 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual, Third Edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc, 1996.
- 12 Farber BA. Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. JCLP/In Session : Psychotherapy in Practice. 2000 ; 56 :675-689.
- 13 Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne, Université de Reims, département de psychologie, 2003.
- 14 Truchot D. Le Burnout des médecins libéraux de Bourgogne, rapport de recherche de l'UPMLB, Dijon, 2001.
- 15 Truchot D. Le burn out des médecins généraliste de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes. 2004.
- 16 Desjours C. Psychopathologie du Travail. 1982.
- 17 Andlauer O, Hanon C. Le burnout chez les Internes en Psychiatrie français. Thèse. 2009
- 18 Schaufeli WB, Buunk BP. Professional burnout. In: Schabracq MJ, Winnibust JAM, Cooper CL, editors. Handbook of Work and Health Psychology. Londres: Wiley, 1996. p311-346.
- 19 Cooper CL, Dewe PJ, O'Driscoll MP. Organizational Stress. A review and Critique of Theory, Research, and Applications, Thousand Oaks, California, Sage Publications, 2001.
- 20 Selye H. The Stress of Life. New York: McGraw-Hill, 1956.
- 21 Cannon WB. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. Boston: MA, CT Brandford, 1929.
- 22 Selye H. Confusion and controversy in the stress field. Journal of Human Stress. 1975; 1(1): 37-44.

- 23 Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job demand resign. *Administrative Science Quarterly*.1979; 24:285 -308.
- 24 Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, 1990.
- 25 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996; 1:27-41.
- 26 Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984.
- 27 Lazarus RS. Psychological stress in workplace. *Occupational Stress: A Handbook*. Bristol, Taylor & Francis, 1995.
- 28 Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50:571-579.
- 29 Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of organizational behaviour*. 1991; 12: 123-44.
- 30 Greenglass ER. Proactive coping, work stress and burnout. *Stress News: The Journal of International Stress Management Association*. 2001; 13, 5-8
- 31 Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989; 44:513-524.
- 32 Hobfoll SE. The influence of Culture, Community, and the Nest-Self Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology: An international Review*. 2001; 50: 337-421.
- 33 Hobfoll SE. *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*. New York: Plenum, 1998.
- 34 Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*. 1996; 81: 123-133.
- 35 Ito TA, Brotheridge CM. Resources, coping strategies, and emotional exhaustion: A conservation of resources perspective. *Journal of Vocational Behavior*. 2003; 63: 490-509.
- 36 Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, and Coping*. 1994; 7: 357-373.
- 37 Iacovides A, et Al. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 75: 209-221.
- 38 Meier ST. The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*. 1984; 57: 211-219.
- 39 Terrasse S, Corten Ph, et Al. *Lien entre le Burnout et les signes dépressifs*. 2010. Université libre de Bruxelles.
- 40 Canouï P, Mauranges A. *Le burnout à l'hôpital. Le Syndrome d'épuisement professionnel*. Masson 4^{ème} édition, 2008
- 41 Grantham H. Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel. *Ann Med Psychol*.1985; 143(8): 776-781.

- 42 Shirom A. Burnout in work Organizations. In: Quick JC, Terrick LE, editors. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: Wiley, 1989. p 25-48.
- 43 Shirom A. Job-related burnout: A review. In: Quick JC, Tetrick LE, editors. *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, DC, American Psychological Association: 2003. p245 -264.
- 44 Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes, *Presse Med* 2004; 33:1569-74.
- 45 Kahill S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*. 1988; 29: 284-297.
- 46 Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*. 1990; 75: 743-747.
- 47 Maslach C. *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982.
- 48 Wolpin J, Burke RJ, Greenglass ER. Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout? *Human Relations*. 1991; 44: 193-209.
- 49 Richardsen AM, Burke RJ, Leiter MP. Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Occupational stress, psychological burnout and anxiety. Anxiety, Stress, and Coping*. 1992; 5: 55-68.
- 50 Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*. 2002 ; 136 : 358-367.
- 51 Chocard AS, Gohier B, Juan F, et Al. Le suicide des médecins. *Revue de la littérature. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 2003; 65: 23-29.
- 52 Galam E. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux. URML, Ile de France, juin 2007.
- 53 Franck E. Mortality rates and causes among US Physicians. *Am J Prev Med*. 2000; 19: 155- 159.
- 54 Schernhammer E. Taking their own lives—the high rate of physician suicide. *N Engl J Med*. 2005; 352:2473-6.
- 55 Torre DM, Wang NY, Meoni LA, Young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35: 146-153.
- 56 Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 2003.
- 57 Leopold Y. Burnout. Suicide. *Médecin Malade*. URML PACA, CARMF 2009.
- 58 Rose KD, Rosow I. Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry*.1973; 29:800-805
- 59 Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. *La lettre du psychiatre*. 2007 (3): 10-14.
- 60 Sansone RA, Sansone LA. Physician suicide: a fleeting moment of despair. *Psychiatry*. 2009; 6 (1): 18-22.
- 61 Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialities: findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med*. 1997; 54: 388-395.

- 62 Groupe Mutualité Pasteur. Vulnérabilité et souffrance du Soignant, Colloque Parsis, 2008. <http://www.souffrancedusoignant.fr>
- 63 Stack S. Suicide risk among physician: a multivariate analysis. *Archives of suicide research*. 2004; 8(3): 287-292.
- 64 Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004; 161:2295-302.
- 65 Hampton T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA*. 2005; 294(10):1189-91.
- 66 Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry*. 1996; 168:274-278.
- 67 Hawton K, Clements A, Sakarovitch C et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979 -1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55:296-300.
- 68 Blanchy PH, Disher W, Roduner G. Suicide by Physicians. *Bull Suicidology*. 1968; 1 - 8.
- 69 Rich CL, Pitts FN Jr. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,370 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-1972. *J Clin Psychiatry*. 1980; 41: 261-263.
- 70 Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malke H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatr Scand*. 1987; 75: 139 – 143.
- 71 Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *J Q Med*. 2000; 93: 351-357.
- 72 AMA . American Medical Association Council on Scientific Affairs. Physician mortality and suicide: results and implication of the AMA-APA pilot study. *Conn Med*. 1986; 50: 37- 43.
- 73 Hawton K, Malmberg A, Simkin S. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *J Psychosom Res*. 2004; 57 (1):1-4.
- 74 Miller NM, McGowen RK. The painful truth: Physicians are not invincible. *South Med J*. 2000. 93 (10): 966-973.
- 75 Center C, Davis M, Detre T et al. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus Statement *JAMA* 2003; 18; 289(23): 3161-3166
- 76 Pines Alaya M, Aranson E. Kafry D. Burnout: From Tedium to personal growth. Free Press, 1981.
- 77 Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout a l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale* 2007; 33: 947-53.
- 78 Schaufeli WB, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis Ltd, 1998.
- 79 Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PPM, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2000; 13, 247-268.
- 80 Mc Knight JD, Glass DC. Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995 ; 63: 490-494.
- 81 Truchot D. Le burnout des médecins généralistes : intérêt de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. August 2009; 167(6):422-428.

- 82 CARMF Statistiques. Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations de la CARMF. www.carmf.fr
- 83 Lamarche K. Suicide chez les Médecins Enquête descriptive auprès des Psychiatres de Loire Atlantique. Thèse. 2011.
- 84 Soler KJ, Yaman H, Esteva M, Dobbs F and European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 2008; 25 (4): 245-265.
- 85 Estryn-Béhar M, Muster D, Doppla MA, Machet G, Guetarni K, et le COPIL. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. Résultats de l'enquête SESMAT- références et tableaux. *Le concours médical*. 2009. Tome 131.
- 86 Estryn-Behar et Al. Résultats des Etudes Presst-next et SESMAT. www.presst-next.fr/SESMAT/resultats_SESMAT.html
- 87 Estryn-Behar M, Braudo MH, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *L'information Psychiatrique*. 2011; 10 : 1-23.
- 88 Lacouture A. Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Psychiatres de Haute Normandie. Mémoire de DES de Psychiatrie de Rouen. 2010.
- 89 Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In: *Research in occupational stress and well being: Vol. 3. Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Oxford, UK: JAI Press/Elsevier, 2004. p 91-134.
- 90 Lasilva A et Al. Influence of perceived organizational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *Br J Psychiatry*. 2009; Dec; 195(6):537-44.
- 91 Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender specific suicide mortality in medical doctors. *The British Journal of Psychiatry*. 1996; 168: 274-279
- 92 Maslach C, Leiter MP. *The Truth About Burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
- 93 Semmer N. Individual differences, work stress, and health. In: Scharbracq MJ, Winnibust JA et Cooper CL, editors. *Handbook of Work and Health Psychology*, Chichester, Wiley, 1997. p51-86.
- 94 Greenglass ER. The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology: An International review*. 1993; 42: 323-340.
- 95 Pervin LA, John OP. *Personality. Theory and Research*. New York: Wiley, 2001.
- 96 Costa JPT, McCrae RR. Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*. 1992; 13: 653-665.
- 97 McCrae RR, Costa PT. A five-factor theory of personality. In: L.A Pervin LA, John OP, editors. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford, 1999. p139-153.
- 98 Mischel W. *Personality and Assessment*. New York: John Wiley, 1968.
- 99 Hogan R, Ones D. Conscientiousness and integrity at work. In: Hogan R, Robert, Johnson J, Briggs S, editors. *Handbook of Personality Psychology*. NY: Academic Press, 1997. p 849-870.

- 100 Kobosa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42: 168- 177.
- 101 Kendall E, Murphy P, O'Neill V, Bursnall S. Occupational Stress: Factors that Contribute to its Occurrence and Effective Management, rapport à la Worker's Compensation and Rehabilitation Commission. Western Australia: Centre for Human Services, Griffith University, 2000.
- 102 Seligman MEP, Csikzentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. 2000; 55: 5-14.
- 103 Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*. 1959; 169: 1286-1296.
- 104 Friedman HS, et Booth-Kewley S. The Disease-Prone Personality. A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*. 1987; 42: 6, 539-555.
- 105 Burke RJ, Weir T. The type A experience: occupational and life demands, satisfaction and well-being. *Journal of Human Stress*. 1980; 6: 28-28.
- 106 Burke RJ, Weir T, Duworks RE. Type A behavior of administrators and wives' reports of marital satisfaction and well-being. *Journal of Applied Psychology*. 1979; 64: 57-65.
- 107 Rotter JB. Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1966.
- 108 Leiter MP. Burnout as a crisis in self-efficiency: Conceptual and practical implications. *Work and Stress*. 1992; 6: 107-115.
- 109 Cherniss C. Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T editors. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington: DC, Taylor & Francis, 1993 p135-139.
- 110 Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*. 1977; 84: 191-215.
- 111 Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A editors. *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press, 1995. p1-45
- 112 Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman, 1997.
- 113 Ross JG, Boss RW, Johnson AE, Crown DB. Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and Organization Studies*. 1991 ; 16 : 428-451.
- 114 Tellenbach H. *La mélancolie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1979.
- 115 Johnson C. Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi. *Le Médecin du Québec*. 2009 ; 44(9)
- 116 Paris J, Franck H. Psychological determinants of medical career. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1983; 28:354-7
- 117 Elliott DM, Guy JD. Mental health professionals versus non-mental health professionals: childhood trauma and adult functioning. *Prof Psychol Res and Pract*. 1993 ; 24 :83-90.
- 118 Schneider PB. *Regards discrets et indiscrets du médecin*. Masson. Médecine et psychothérapie, 2002.
- 119 Flett GL, Hewitt PL. *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
- 120 Gautier I. Burnout des médecins. *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris*. Mars 2003. n° 86.

- 121 Delbrouck M. Le *burnout* du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles : Ed De Boeck, 2008
- 122 Leriche B et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008. CNOM
- 123 Center C, Davis M, Detre T et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA 2003;289(23): 3161-6
- 124 Chabrol A. Les médecins: des patients pas comme les autres. Le magazine de l'Ordre National des Médecins. N°1 septembre-octobre 2008.
- 125 Gillard L. La santé des généralistes. Thèse Ile de France. 2006
- 126 Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. santé physique et psychique des médecins généralistes. Etude et résultats (DREES), n°731, 2010/06
- 127 Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, et al. Suicides rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. Psychol. Med. 2005; 35(6): 873-880.
- 128 Carton R. Le médecin, un malade difficile. L'automédication bien comprise. Le Quotidien du médecin 19 janvier 2006.
- 129 Scally G. Physicians can't help themselves. The Lancet 1996 ; 347 : 1059
- 130 Levasseur G. Les médecins Bretons et leur santé. URML Bretagne, juillet 2003.
- 131 Kay M et al. Doctors as patients: a systematic review of doctor's health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract. 2008; 58(552):501-8.
- 132 Marzuk M. When the patient is a physician. N Engl J Med. 1987; 317(22): 1409- 11
- 133 Myers MF. Le traitement du médecin souffrant de maladie mentale. La revue canadienne de psychiatrie. 1997.
- 134 Andrew LB. Physician suicide. Jul 10, 2008.
- 135 Galam E. Burnout des médecins libéraux. Médecine. Décembre 2007-janvier 2008.
- 136 Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practioners adherence to guidelines. BMJ. 1999; 319: 605-608.
- 137 MARZUK M. When the patient is a physician. N Engl J Med 1987; 317(22): 1409-11. X2
- 138 Stoumedire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. Ann Intern Med. 1983; 98(5):654-659.
- 139 Sotile WN, Sotile MO. The medical Marriage: substaining healthy relationship for physicians and their families. American Medical Association. Revised Edition. 2000.
- 140 Pittaco M. Les internes sont-ils en burn out? Thèse de Médecine. Université Paris Descartes. 2009.
- 141 Kirsling RA, Kochar MS. Suicide and the stress of residence training: a case report and review of the literature. Psychol. Rep. 1989; 64: 915-959.
- 142 Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med J Aust. 2004; Oct 4; 181(7):357-60.
- 143 Mouriès R, Galam E, Safouane R. Burnout des médecins libéraux. Mise en place d'un dispositif d'aide et de soutien spécialement dédié aux médecins libéraux en difficulté en Ile de France. Point presse. 19 mai 2005. AAPML Psya.

- 144 Gleizes M, Ravazet A. Evaluation du stress perçu chez le généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris. Thèse de médecine. Toulouse 2001. n°1065.
- 145 Maupas JL, Martinez JL et al. Enquête sur la santé de médecins libéraux de Haute-Normandie. CDOM et URML Haute Normandie. Décembre 2008.
- 146 Heim E. Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom.*1991; 55: 90-99.
- 147 Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel: "la brûlure interne". Gaétan Morin Editeur. 1987.
- 148 Galam E. L'Erreur médicale, le Burnout et le Soignant. Edition Springer, 2011.
- 149 Ross M. Suicide among Physicians: a psychological study. *Dis Nerv Syst.* 1973; 34:145-150.
- 150 Prevost C et Roman. Satisfaction professionnelle et conditions pratiques. *Le Médecin du Québec.* 2009 ; 44 ; 9 : 55-61.
- 151 Winnicot D. La mère suffisamment bonne. Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2006.
- 152 Conseil National des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. www.conseil-national.medecin.fr
- 153 Ruzniewski M. Le soutien des soignants en cancérologie. *Rev Prat.* 1988; 14 : 2-7.
- 154 Weiner EL, Swain GR, Gottlieb M. Predictors of psychological well-being among physician. *Families Systems Health.* 1998; 16: 419-430.
- 155 Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry.* 2007; 6(3): 186-9.
- 156 Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an etiological model. A review. *Int J Psychiatry Med.* 2005; 35(4):405-16.
- 157 Fischer J, Kumar S, Hatcher S. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australia's Psychiatry.* 2007 Oct;15(5):417-21.
- 158 Kumar S, Fischer J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat RN. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry.* 2007 Jul; 53(4):306-16.
- 159 Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? Review. *Epidemiol Psychiatr Sc.* 2011 Dec; 20(4):295-301.
- 160 Kumar S, Hatcher S, Dutu G, Fischer J, Ma'u E. Stresses experienced by psychiatrists and their role in burnout: a national follow-up study. *Int J Soc Psychiatry.* 2011 Mar;57(2):166-79.
- 161 Perrin C. La Souffrance des Soignants en Psychiatrie.http://www.serpsy.org/nouveautés/Nouveautés_2008.html
- 162 Cintas C. Pénibilité du travail en Hôpital Psychiatrique. *Pistes,* Mai 2009.
- 163 Estryng-Behar M, Duville N, Menini NL, Le Foll S, Le Nezet O, et Bocher R. Mots à maux... Expression de la souffrance des soignants en Psychiatrie. Etude comparative en France et dans 3 autres pays européens. *Annales Médico Psychologiques.* 2006: 732-748.
- 164 Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health.* 2005 ;5, n°67(2005):1-10.
- 165 Vaxenvanoglou X. Les déterminants organisationnels et psychosociaux du stress des équipes soignantes en hôpital psychiatrique. In : Neboit M, Vezina M editors. *Stress au Travail et Santé Psychique.* Octarès, 2007. p209-226.

- 166 Deleplancque N, Fabian M, Quievreux JL, Masurel I, Vandamme M, Caby MJ, Py R. Stress, Violence externe et interprofessionnelle: Etude de Risques Psychosociaux au sein de quinze fonctions proches du Soins en Psychiatrie. Etude Multicentrique dans 3 EPSM du Nord de la France: (Armentières Bailleul Saint André), 2009.
- 167 Arboleda-Florèz HJ, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Nov 1998; 38-46.
- 168 Eronen M, Angermeyer C, Schulze B. The Psychiatric epidemiology of violent behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Nov 1998; 13-23.
- 169 Lawako S, Soares J, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job, and environmental characteristics in England and Sweden. *Work and Stress*. Jan-Mar 2004 ; 39-55.
- 170 Vallet-Armellino M. Tomber juste. Des effets sur la clinique des nouvelles normes de gestion de la psychiatrie. *Nouvelle revue de Psychosociologie*. 2007 ; 143-159.
- 171 Sainsaulieu I. La communauté des soins en questions. Editions Lamarre, 2006.
- 172 Castro B, Bahadori S, Ailam L, Tortelli L, Skurnisk N. Le syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. *Annales Médico Psychologiques*. 2007 ; 276-281.
- 173 Brient P. Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités en psychiatrie générale : bilan d'une expérience. *Nouvelle revue de Psychosociologie*, 2007.
- 174 Fédération de Régionale de Recherche en Santé Mentale Nord – Pas-de-Calais. <http://www.santementale5962.com>
- 175 DREES ADELI : www.adeli.fr ; www.drees.santé.gouv.fr
- 176 ORS Nord - Pas-de-Calais : www.orsnpdc.org
- 177 Schaufeli W, Bakker, A, Hoogduin, K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology Health*. 2001; 16(5): 565–582.
- 178 Schaufeli WB, Van Dierendonck D. Burnout, the measurement of a concept: The Dutch version of the MBI. *Gedrag & Gezondheid*. 1994; 22: 153-72.
- 179 Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmukler G, Bebbington P, Thornicroft G. Mental health, "burnout" and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *Br J Psychiatry*. 1996 Sep;169(3):334-7.
- 180 Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K, Toivola JM, Räsänen K, Kalimo R. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Public Health*. 2003; 31: 85-91.
- 181 Lasalvia A, MD, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella G. Influence of perceived organizational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *The British Journal of Psychiatry*. 2009; 195: 537-544
- 182 Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, Zanini S, Erlicher A, Scarone S, Altamura AC. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv*. 2009 Jul; 60(7):985-8.
- 183 Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. Review. 2004 Mar; 50(1):54-65.

- 184 Truchot D. Epuisement Professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions. Paris: Edition Dunod, 2012
- 185 Van Dierendonck D, Schaufel WB, Buunk BP. The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of equity and social support. *Journal of Applied Psychology*. 1998; 83: 392-407.
- 186 Burke RJ, Richardsen AM. (1993). Psychological burnout in organizations. Research and intervention. In: Golembiewski RT editors. *Handbook of Organizational Behavior*. New York, Dekker, 1993. p263-298.
- 187 Kompier MAJ, Guerts SAE, Gründemann RWM, Vink P, Smulders PGW. Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine*. 1998; 14: 155—168.
- 188 Newman JD, Beehr T. Personal and Organizational strategies for handling job stress: A review of research and opinion. *Personnel Psychology*. 1979; 32: 1-43.
- 189 Maslow A. A Theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943; 50(4): 370-96
- 190 Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000; 11 :227-268.
- 191 Sotile WN, Sotile MO. *The Resilient Physician. Effective Emotional Management for doctors and Their Medical Organizations*. Chicago : American Medical Association, 2002.
- 192 Colson JM. L'épuisement professionnel est très difficile à diagnostiquer. *Bulletin National de l'Ordre des Médecins*. N°18 Juillet-Aout 2011
- 193 Leopold Y. Médecine du travail ? Médecine préventive ? *Le journal de médecins libéraux PACA*. Juillet 2009.
- 194 Platon. *Oeuvres Complètes*. Paris : Flammarion, 2008.
- 195 Jung CG. *Psychologie du transfert*. Paris: Albin Michel, 2000.
- 196 Cauchard L, Courtet P. La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins? *La lettre du psychiatre*. 2011; Vol VII-n°1-janvier-février 2011.
- 197 Code de la Santé Publique. Version en vigueur au 2 aout 2011. www.legifrance.gouv.fr
- 198 Vaillant GE. Physician, cherish thyself. The hazards of self-prescribing. *JAMA*. May 6, 1992; 267(17): 2373.
- 199 Rosvold EO, Tyssen R. Should physician self-prescribing be restricted by law? *Lancet*. 2005 ; 365 (9468) : 1372-4.
- 200 CNOM. L'entraide ordinaire. <http://www.conseilnational.medecin.fr/systeme/files/cnpentraide.pdf>
- 201 Société Balint Belge. <http://www.balint.be/>
- 202 Gautam M. La santé des médecins, ça compte. Trouver l'équilibre. Rapport de la conférence internationale 2008 sur la santé des médecins. 17 et 18 novembre 2008. Association médicale canadienne
- 203 Rethink severe mental illness www.rethink.org
- 204 Winckler M. La maladie de Sachs. Gillemard. Collection Folio. Juin 2005

AUTEUR : WIERTZ

Ruth

Date de Soutenance : le Vendredi 8 JUIN 2012

Titre de la Thèse : **PSYCHIATRES et BURNOUT ? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais.**

Thèse, Médecine, Lille.

Cadre de classement : **DES de Médecine Générale**

Mots-clés : **Syndrome d'Épuisement Professionnel, Burnout, Maslach Burnout Inventory, Risques Psychosociaux, Stress Professionnel, Psychiatres, Santé Mentale**

Résumé :

Contexte : La Médecine est une « Profession à risques ». Les faits : épuisement professionnel des médecins, taux élevés de suicide dans la profession médicale dont une surreprésentation des Psychiatres, exposés à un stress professionnel spécifique (souffrance psychique, suicide, menaces de passages à l'acte, violence, chronicité, psychiatrisation des problèmes sociaux, changements en santé mentale...). Les Psychiatres (de notre région) sont ils concernés par l'Épuisement Professionnel ?

Méthode : Etude descriptive quantitative transversale auprès de tous les Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais (n=403). Outil de mesure utilisé : le MBI, *Maslach Burnout Inventory*. Objectif: Evaluer la prévalence et le degré du Syndrome d'EP (pour les 3 dimensions du MBI : EE, DP et AP) et rechercher une corrélation entre le burnout et quelques variables associées : l'âge, le sexe, le lieu (CH/EPISM) et type d'exercice. Analyses statistiques réalisées à la Plate-forme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille.

Résultats : Forte participation: taux de réponse 57,6% (232/403). Parmi les Psychiatres répondants, 33,5% présentent des signes d'EP (26% EP faible, 5,3% EP modéré, 2,2% EP sévère). Les taux de scores du MBI : 19,5% d'EE élevé, 8,5% de DP élevée, 16% d'AP bas. Atteinte dominante de l'EE. 35% des Psychiatres « épuisés » affirment ne pas se sentir concerné par l'EP. Il n'y pas d'association statistiquement significative observée entre l'EP et les variables étudiées.

Conclusion : Les Psychiatres du Nord Pas de Calais ne sont pas épargnés par l'EP. Le Stress Professionnel spécifique aux Psychiatres mérite une considération particulière. Leur Coping est peut être plus élevé que pour les autres médecins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL, Monsieur le Docteur Emmanuel CHAZARD, Monsieur le Docteur Thierry DANIEL.

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Alain BOITRELLE

Adresse de l'auteur : INTERNAT de l'EPISM Val de Lys Artois, 20 rue de Busnes, 62350 SAINT VENANT. **Mail** : ruthwiertz@aol.com

AUTEUR : WIERTZ

Ruth

Date de Soutenance : le Vendredi 8 JUIN 2012

Titre de la Thèse : PSYCHIATRES et BURNOUT ? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais.

Thèse, Médecine, Lille.

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Syndrome d'Épuisement Professionnel, Burnout, Maslach Burnout Inventory, Risques Psychosociaux, Stress Professionnel, Psychiatres, Santé Mentale

Résumé :

Contexte : La Médecine est une « Profession à risques ». Les faits : épuisement professionnel des médecins, taux élevés de suicide dans la profession médicale dont une surreprésentation des Psychiatres, exposés à un stress professionnel spécifique (souffrance psychique, suicide, menaces de passages à l'acte, violence, chronicité, psychiatrisation des problèmes sociaux, changements en santé mentale...). Les Psychiatres (de notre région) sont ils concernés par l'Épuisement Professionnel ?

Méthode : Etude descriptive quantitative transversale auprès de tous les Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais (n=403). Outil de mesure utilisé : le MBI, *Maslach Burnout Inventory*. Objectif: Evaluer la prévalence et le degré du Syndrome d'EP (pour les 3 dimensions du MBI : EE, DP et AP) et rechercher une corrélation entre le burnout et quelques variables associées : l'âge, le sexe, le lieu (CH/EPISM) et type d'exercice. Analyses statistiques réalisées à la Plate-forme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille.

Résultats : Forte participation: taux de réponse 57,6% (232/403). Parmi les Psychiatres répondants, 33,5% présentent des signes d'EP (26% EP faible, 5,3% EP modéré, 2,2% EP sévère). Les taux de scores du MBI : 19,5% d'EE élevé, 8,5% de DP élevée, 16% d'AP bas. Atteinte dominante de l'EE. 35% des Psychiatres « épuisés » affirment ne pas se sentir concerné par l'EP. Il n'y pas d'association statistiquement significative observée entre l'EP et les variables étudiées.

Conclusion : Les Psychiatres du Nord Pas de Calais ne sont pas épargnés par l'EP. Le Stress Professionnel spécifique aux Psychiatres mérite une considération particulière. Leur Coping est peut être plus élevé que pour les autres médecins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL, Monsieur le Docteur Emmanuel CHAZARD, Monsieur le Docteur Thierry DANEL.

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Alain BOITRELLE