



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

*Le burn out des médecins hospitaliers :
aspects historiques, cliniques et perspectives.*

Présentée et soutenue publiquement le 17/09/13 à 18h00
au Pôle Recherche
Par Perrine Lekadir

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva
Monsieur le Professeur Olivier Cottencin
Monsieur le Docteur Dominique Servant

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Dominique Servant

1. INTRODUCTION	1
2. LE CONCEPT DU BURN OUT	3
2.1. LES ORIGINES	3
2.1.1. SEMANTIQUE	3
2.1.2. HISTORIQUE	3
2.1.2.1. Apports antérieurs à 1970.	3
2.1.2.2. Freudenberger.	4
2.1.2.3. Maslach.	4
2.2. DEFINITION	6
2.3. CLINIQUE	9
2.3.1. BURN IN	9
2.3.2. SYMPTOMATOLOGIE ASPECIFIQUE	10
2.3.2.1. Signes physiques.	10
2.3.2.2. Signes affectifs.	10
2.3.2.3. Signes cognitifs.	10
2.3.2.4. Signes comportementaux.	11
2.3.3. LA TRIPLE DIMENSIONNALITE DE MASLACH	11
2.3.3.1. Epuisement émotionnel.	11
2.3.3.2. Dépersonnalisation.	12
2.3.3.3. Réduction de l'accomplissement personnel.	13
2.3.4. AUTRES CONCEPTIONS	14
2.3.4.1. Freudenberger et North.	14
2.3.4.2. Edelwich et Brodsky.	15
2.3.4.3. Kernen.	16
2.3.4.4. Lauderdale, Veninga et Spadley, Golembiewski.	17
2.3.4.5. Burisch.	18
2.3.4.6. Peters et Mesters.	19
2.3.4.7. Farber.	20
2.3.5. INSTRUMENTS DE MESURE	21
2.3.5.1. Le MBI	21
2.3.5.1.1. <i>Modalités de réponse et cotation.</i>	22
2.3.5.1.2. <i>Qualités psychométriques.</i>	22
2.3.5.1.3. <i>Biais et limites.</i>	23
2.3.5.2. Le BM.	23
2.3.5.3. Le CBI.	24
2.3.5.4. Autres échelles.	24
2.4. CRITIQUE DU CONCEPT	25
2.4.1. PLACE DANS LA NOSOGRAPHIE	25
2.4.1.1. Absence des classifications internationales.	26
2.4.1.2. Affiliation au trouble de l'adaptation.	26
2.4.2. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	27
2.4.2.1. Troubles somatoformes et neurasthénie.	27
2.4.2.2. Stress et troubles anxieux.	29
2.4.2.3. Dépression.	29
2.5. LES APPORTS DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL	31
2.5.1. RAPPORTS HISTORIQUES ENTRE PSYCHIATRIE ET TRAVAIL.....	31
2.5.1.1. Journées de Bonneval de 1946.	31
2.5.1.2. Le travail thérapeutique.	32

2.5.1.3. Le travail, source pathologique.	33
2.5.1.3.1. <i>Sivadon</i>	33
2.5.1.3.2. <i>Le Guillant</i>	33
2.5.1.3.3. <i>Veil</i>	34
2.5.2. DEJOURS ET LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL	35
2.6. MODELISATIONS	38
2.6.1. STRESS : DE SELYE A LAZARUS ET FOLKMAN	38
2.6.2. MODELE DE SIEGRIST	42
2.6.3. MODELE DE KARASEK.....	43
2.6.4. MODELE DE CONSERVATION DES RESSOURCES D HOBFOLL	44
2.6.5. APPROCHE TRANSACTIONNELLE DE CHERNISS	45
2.6.6. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE PINES	45
3. CONSEQUENCES	47
3.1. RETENTISSEMENT INDIVIDUEL	47
3.1.1. AU PLAN PHYSIQUE	47
3.1.1.1. Troubles du sommeil.	47
3.1.1.2. Troubles biologiques.	48
3.1.2. AU PLAN AFFECTIF ET COMPORTEMENTAL	49
3.1.3. COMORBIDITES	50
3.1.3.1. Addictions.	50
3.1.3.2. Anxiété et dépression.	54
3.1.3.3. Suicide.	56
3.2. RETENTISSEMENT INSTITUTIONNEL	59
3.2.1. IMPACT QUALITATIF SUR LES SOINS	59
3.2.2. IMPACT QUANTITATIF SUR LES SOINS	61
3.2.2.1. Retentissement financier.	61
3.2.2.2. Départ prématuré.	62
4. SPECIFICITES DU BURN OUT DES MEDECINS HOSPITALIERS.....	64
4.1. LE METIER DE MEDECIN	64
4.1.1. CHOIX DE LA PROFESSION : APPROCHE PSYCHANALYTIQUE	64
4.1.2. IDENTITE ET PERSONNALITE	67
4.1.2.1. Le perfectionnisme.	67
4.1.2.2. L'alexithymie.	69
4.1.2.3. Le faux self.	69
4.1.2.4. Le workaholism.	69
4.1.2.5. La théorie des big five.	70
4.1.3. FORMATION MEDICALE	71
4.1.4. RELATION MEDECIN-MALADE	73
4.2. LE MILIEU HOSPITALIER	78
4.2.1. EXIGENCES ET PERFORMANCES	79
4.2.1.1. La charge de travail.	80
4.2.1.2. Un exercice complexe.	82
4.2.1.3. L'interaction travail-famille.	84
4.2.2. CHARGE EMOTIONNELLE	85
4.2.2.1. La relation d'aide.	86
4.2.2.2. Le spectre de la souffrance.	87
4.2.2.3. La spirale de la violence.	89

4.2.3. AUTONOMIE	92
4.2.4. RAPPORTS SOCIAUX	95
4.2.4.1. A la recherche du support social.	95
4.2.4.1.1. <i>Le temps perdu</i>	96
4.2.4.1.2. <i>Le double cloisonnement</i>	97
4.2.4.1.3. <i>Le monde du silence</i>	98
4.2.4.2. La quête de la reconnaissance.	98
4.2.4.3. L'émergence de la violence.	99
4.2.5. CONFLITS DE VALEURS	101
4.2.5.1. Le poids judiciaire.	101
4.2.5.2. La question financière.	102
4.2.5.3. L'influence de l'environnement.	104
4.2.6. L'INSECURITE SOCIO-ECONOMIQUE	105
4.3. LA SITUATION DES INTERNES	109
4.3.1. EPIDEMIOLOGIE	109
4.3.2. DE RESSEMBLANCES	110
4.3.3. ... EN DIVERGENCES	113
5. REVUE DE LITTERATURE	118
5.1. EPIDEMIOLOGIE	120
5.1.1. SUR LE PLAN INTERNATIONAL	120
5.1.2. SUR LE PLAN NATIONAL	122
5.1.2.1. Apport quantitatif.	123
5.1.2.2. Apport qualitatif.	125
5.1.2.2.1. <i>Motivation</i>	126
5.1.2.2.2. <i>Pénibilité</i>	126
5.2. LE PROFIL DU MEDECIN EN BURN OUT	127
5.2.1. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	127
5.2.1.1. Le sexe.	127
5.2.1.2. L'âge.	129
5.2.1.3. Le statut familial.	130
5.2.1.4. Le statut professionnel.	130
5.2.2. FACTEURS PSYCHOSOCIAUX	131
5.2.3. RETENTISSEMENT	133
5.2.4. SPECIALITES A RISQUE	134
5.2.4.1. Chirurgie.	134
5.2.4.2. Pédiatrie.	134
5.2.4.3. Anesthésie.	135
5.2.4.4. Urgences.	136
5.2.4.5. Psychiatrie.	137
5.3. DISCUSSION	139
6. PRISE EN CHARGE	142
6.1. DU TABOU A LA MEDIATISATION	142
6.2. STRUCTURES MISES EN PLACE	145
6.2.1. AU PLAN NATIONAL	145
6.2.2. AU PLAN INTERNATIONAL	148
6.2.2.1. Canada.	148
6.2.2.2. Espagne.	150
6.2.2.3. Autres pays.	152

6.3. LE MEDECIN-MALADE	152
6.4. APPROCHE INDIVIDUELLE	156
6.4.1. PREVENTION PRIMAIRE	157
6.4.1.1. Lieux de ressourcement.	157
6.4.1.2. Développement personnel.	158
6.4.2. PREVENTION SECONDAIRE	158
6.4.2.1. Information et résolution de problème.	159
6.4.2.2. Restructuration cognitive.	159
6.4.2.3. Remise en question et acceptation de la crise.	160
6.4.2.4. Conséquences du stress.	160
6.4.2.4.1. <i>La relaxation physique.</i>	160
6.4.2.4.1.1. <i>Technique respiratoire.</i>	161
6.4.2.4.1.2. <i>Technique musculaire.</i>	161
6.4.2.4.2. <i>La gestion des émotions.</i>	163
6.4.2.4.3. <i>Le changement comportemental.</i>	164
6.4.2.4.3.1. <i>Gestion du temps.</i>	164
6.4.2.4.3.2. <i>Contrôle de soi et réassurance.</i>	164
6.4.3. PREVENTION TERTIAIRE	165
6.4.3.1. Une nécessaire reconnaissance.	165
6.4.3.2. L'amorce d'un changement.	167
6.4.3.3. De la transition à la transformation.	168
6.5. APPROCHE CORPORATIVE	169
6.5.1. LE SOUTIEN DES PAIRS	169
6.5.2. LE ROLE DE LA FORMATION	171
6.5.3. L'APPORT DES GROUPES	173
6.5.3.1. Groupes Balint.	173
6.5.3.2. Groupes de pairs.	175
6.5.3.3. Cercles de qualité.	176
6.5.3.4. Support social.	177
6.6. APPROCHE INSTITUTIONNELLE	177
6.6.1. L'HOPITAL	177
6.6.1.1. Evaluation.	177
6.6.1.2. Formation.	179
6.6.1.3. Communication.	180
6.6.2. LES POUVOIRS PUBLICS	181
7. CONCLUSION	186
8. ANNEXES	191
9. BIBLIOGRAPHIE	195

Liste des abréviations

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France
AP : Accomplissement Personnel
BM : Burn out Measure
BO : Burn Out
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CBI : Copenhagen Burn out Inventory
CH(R)U : Centre Hospitalier (Régional) Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CDOM/CNOM : Conseil Départemental/National de l'Ordre des Médecins
CNP : Commission Nationale Permanente
DP : Dépersonnalisation
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
EDM : Episode Dépressif Majeur
EGPRN : European General Practice Research Network
EE : Epuisement Emotionnel
IC : Intervalle de Confiance
IJ : Indemnités Journalières
MBI : Maslach Burn out Inventory
ONVH : Observatoire National des Violences Hospitalières
OR : Odds Ratio
OSM : Observatoire de la Sécurité des Médecins
PH : Praticien Hospitalier
RMO : Référence Médicale Opposable
RPS : Risques PsychoSociaux
RR : Risque Relatif
SESMAT : Santé Et Satisfaction des Médecins au Travail
SNPHAR : Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

« Du matin au soir, toujours debout, pas un moment de repos, et la nuit, je tremble sous mes couvertures qu'on vienne me tirer du lit, m'appeler chez un malade. »

Tchekhov, dans *Oncle Vania*

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de façon inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres. Et on n'est pas non plus obligé d'en crever. »

Martin Winckler, dans *La maladie de Sachs*

1. INTRODUCTION

« Fatigue, disjonctage, ras-le-bol professionnel ! » « Incapacité à se lever le matin, à aller travailler, à prendre des initiatives, due à un épuisement. » « Se sentir dépassé par les événements. » « Plus capable de réagir, de travailler correctement, on n'y arrive plus. » « Moins d'investissement, de moins en moins... »

Autant de propos de praticiens hospitaliers (PH) décrivant ce que nous vous présenterons dans cette thèse : le burn out des médecins à l'hôpital.

A une époque où les différentes instances, y compris politiques, se préoccupent de plus en plus de la question des risques professionnels, notamment psychosociaux, force est de constater que la prise de conscience progresse moins vite pour les médecins, dépositaires d'une tradition séculaire d'invulnérabilité. Au sein même du corps médical, des disparités existent, la majorité des avancées réalisées à ce jour concernant la pratique privée.

Or, dans un contexte de restructuration et de réformes législatives conséquentes, l'institution hospitalière semble de plus en plus sous tension, tandis que les PH ne sont pas épargnés par cette réalité de stress professionnel. En tant que maillon essentiel de notre chaîne de soins, la prise en compte de leur situation, et au-delà la prise en charge de leur burn out éventuel, apparaît comme une nécessité.

Notre travail se structure en cinq parties : nous aborderons dans un premier temps les aspects historiques du concept de burn out, de sa naissance à sa controverse, notamment au niveau des classifications psychiatriques internationales, en passant par sa description clinique

polymorphe, enrichie au fil de son expansion. S'agit-il d'un état ou d'un processus dynamique ? Devrait-il être isolé sur le plan nosographique ?

Nous nous intéressons ensuite aux conséquences de l'épuisement professionnel des médecins hospitaliers, au niveau individuel comme institutionnel, avant d'en étudier les spécificités dans la population étudiée : quelle est l'influence de la formation médicale et du choix même de ce métier dans la genèse du trouble ? Existe-t-il des caractéristiques partagées par l'ensemble de la profession qui exposeraient chaque médecin à une susceptibilité accrue de burn out ? Quelle est la part de ces facteurs individuels et leur interaction avec le milieu hospitalier ? Quels sont pour les médecins les risques psychosociaux présents à l'hôpital propices au développement de leur épuisement professionnel ?

Ces aspects cliniques exposés, nous les compléterons par une revue systématique de 20 ans de littérature sur le sujet, en France et dans le monde. Au regard du volume bibliographique en recherche médicale, relativement peu de données concernant notre analyse sont disponibles à ce jour et leur hétérogénéité méthodologique limite leur généralisation ; leurs conclusions permettent néanmoins de dresser un portrait éloquent du burn out des médecins hospitaliers et d'engager une réflexion sur les hypothèses de sa prise en charge.

Nous développerons ainsi ce point dans une dernière partie, en l'envisageant sous une triple approche : individuelle, corporative et institutionnelle. Les scellés autour d'un sujet longtemps considéré comme tabou semblent être tombés plus tôt dans certains pays, se posant ainsi en précurseurs. Quelles particularités se jouent dans la relation thérapeutique lorsque le malade est lui-même médecin ? Comment intégrer cette notion dans l'abord des PH en burn out ? Quelles alternatives de soins originales proposer ? Quelles réponses apporter à ce qui semble relever à l'avenir d'un enjeu de santé publique ?

2. LE CONCEPT DU BURN OUT

2.1. LES ORIGINES

2.1.1. SEMANTIQUE

Étymologiquement, le terme anglo-saxon de burn out renvoie à l'idée d'une carbonisation totale ; il s'emploie à l'origine dans l'industrie aérospatiale pour décrire la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour conséquence une surchauffe et donc un risque de bris de l'engin.

Au Japon, le concept est rapproché des notions de karojisatsu, suicide lié au stress du travail, et de karoshi, littéralement « mort par surcharge de travail », définie par le Dr Tetsunojo Uehata comme un phénomène « médico-social qui couvre les décès ou les incapacités de travail consécutives aux accidents cardio-vasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde ou insuffisance cardiaque aiguë) pouvant se produire lorsque des maladies artérioscléreuses hypertensives sont aggravées par une lourde charge de travail » [1].

En France, c'est l'expression de syndrome d'épuisement professionnel qui s'est imposée.

2.1.2. HISTORIQUE

2.1.2.1. Apports antérieurs à 1970.

Si le concept prend son essor véritable aux États-Unis dans les années 1970, nous retrouvons bien en amont quelques précurseurs à travers le monde s'intéressant à des sujets similaires : en 1768 Tissot, médecin suisse pionnier de la psychopathologie du travail, décrit les

conséquences néfastes sur la santé de l'acharnement professionnel et développe une approche hygiéniste et préventive [2], tandis qu'au XIXème siècle George Miller Beard, neurologue américain, décrit la neurasthénie et Tchekhov, écrivain russe, évoque l'épuisement professionnel dans ses ouvrages « Oncle Vania » et « Salle 6 » [3].

En France, nous pouvons citer le surmenage intellectuel de Desoille et Raynaud, le surmenage des dirigeants de Bize et Goguelin [4] ou encore les états d'épuisement de Claude Veil, résultant de la rencontre d'un individu et d'une situation [5].

Le burn out est un phénomène ancien décrit dès le XVIIème siècle à travers le monde.

2.1.2.2. Freudenberger.

Le burn out en tant que tel émerge donc en Amérique du Nord durant la décennie 70, notamment avec Herbert Freudenberger.

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans 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 » [6].

Son analyse se fonde sur l'observation des travailleurs bénévoles des free clinics, lieux de prise en charge pour toxicomanes exigeant une disponibilité et un investissement émotionnel certains des soignants. Dans un article publié en 1974, il désigne par « burn out syndrome » cet état d'épuisement dans lequel se trouvent les membres du personnel de ces structures,

progressivement démotivés après un an environ d'activité, ce d'autant que leur forte implication ne semble pas amener les résultats escomptés [7].

Le psychiatre américain décrit le comportement de ces personnes submergées par leurs émotions, ressentant colère, irritabilité, perte d'énergie, incapacité à faire face aux tensions, et recourant à des attitudes négatives, comme le cynisme, ou encore à des stratégies inefficaces de surenchère et d'évitement. Ces changements s'accompagnent également d'un cortège de symptômes somatiques : asthénie, céphalées, insomnies, troubles fonctionnels intestinaux, ... Il suggère que le syndrome d'épuisement professionnel touche les individus à l'image idéalisée d'eux-mêmes, se considérant dynamiques, charismatiques, compétents et finissant par perdre le lien avec leur soi véritable [6,8].

Freudenberger attribue donc un rôle important aux facteurs personnels, conceptualisant le burn out comme la « maladie du battant » [9].

2.1.2.3. Maslach.

Dans le sillage de Freudenberger, Christina Maslach, chercheuse en psychologie sociale, découvre elle aussi le burn out [10] alors qu'elle s'intéresse aux stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle [11,12,13], à savoir l'« inquiétude distante », attitude idéale combinant compassion et détachement émotionnel observable chez le médecin notamment, ainsi que l'« objectivation comme auto-défense », notion introduite par Philip Zimbardo en 1970 [14], qui consiste à se protéger du débordement émotionnel en considérant les personnes comme des « cas ».

L'analyse de son programme de recherches, mené auprès de professionnels du champ médical puis de la santé mentale, dégage plusieurs observations :

- si les expériences émotionnelles au travail s'avèrent parfois gratifiantes, par exemple en cas de guérison des patients, elles sont souvent stressantes (annonce de mauvaises nouvelles, conflits interpersonnels, ...)
- le personnel adopte plutôt des attitudes négatives qu'un détachement vis-à-vis des expériences professionnelles difficiles
- ces réactions sont interprétées comme des échecs et mènent à une remise en question et une dépréciation des compétences [15].

Établissant par la suite que le burn out semble partagé à la fois par les professionnels de santé mais aussi les avocats, elle émet l'hypothèse que la relation d'aide est l'une des caractéristiques du phénomène.

Maslach se démarque ainsi de Freudenberger (pour lequel les facteurs personnels sont prépondérants [8]) en positionnant l'environnement et les conditions de travail comme causes principales du burn out.

Ces précurseurs ouvrent dès lors la voie à de nombreuses recherches : plus de 2500 articles sont recensés entre 1974 et 1989, signés notamment de Pines, Cherniss, Edelwich et Brodsky [16].

2.2. DEFINITION

Les premiers travaux sur le sujet manquent d'unité : ce sont ainsi près de 50 définitions différentes que les psychologues Baron Perlman et Alan Hartman relèvent, parmi lesquelles

émergent divers éléments tels les notions d'échec, d'épuisement et de stress chronique, la perte de créativité et d'implication au travail, les conflits avec les collègues et l'institution, les attitudes inappropriées envers autrui et soi-même [17]. Ils proposent la synthèse suivante : « Le burn out est une réponse au stress émotionnel chronique avec trois dimensions : l'épuisement émotionnel ou physique, la diminution de la productivité, la sur-dépersonnalisation ».

En 1980, Freudenberger et Richelson le définissent quant à eux comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail » [6], tandis que Cherniss évoque « un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail, en réponse au stress et aux tensions ressenties » [18], et Schaufeli et Enzmann parlent d' « un état permanent négatif lié au travail, se produisant chez des individus normaux, qui se caractérise essentiellement par une fatigue générale, du stress, un sentiment de diminution des compétences, de baisse de motivation et le développement d'une attitude dysfonctionnelle à l'égard du travail » [1].

Au cours de ses entretiens de recherche, Christina Maslach recueille un bouquet d'émotions et d'attitudes exprimant le phénomène, qu'elle répertorie sur une échelle de 47 items [19], soumise à un échantillon de 605 personnes réparties dans plusieurs corps professionnels. Les analyses statistiques de première ligne retiennent une association significative pour 4 dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, sentiments de réduction de l'accomplissement personnel et de l'implication. Maslach et Jackson ne retiennent que provisoirement ce dernier critère, présentant finalement le burn out comme « un syndrome

d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

Cette triple qualification reste celle utilisée de nos jours pour identifier le burn out, survenant en dehors de tout trouble psychopathologique antérieur, résultant de la confrontation répétée aux situations professionnelles à risque et se constituant donc progressivement sur plusieurs mois voire années [20], ce qu'illustrent les propos de Brill : « Le burn out est un état dysphorique et dysfonctionnel exclusivement causé par le travail chez un individu ne présentant aucune psychopathologie, qui a pendant longtemps fourni des prestations adéquates dans le même travail et qui ne pourra plus atteindre le même niveau sans aide extérieure ou changement d'emploi » [21].

Larouche recense les critères suivants dans l'établissement du diagnostic : un état affectif négatif, des conditions de travail négatives, des aspirations idéalistes, une baisse marquée des performances, une absence de psychopathologie antérieure importante, un bon fonctionnement antérieur au travail, une irréversibilité sans aide extérieure [22].

Comme le soulignent Freudenberger et North, il s'agit davantage d'un processus dynamique, susceptible d'évoluer dans le temps, que d'un état ainsi que l'avancent certains auteurs tel Pines.

Les descriptions initiales du burn out concernent d'abord les professions de santé, avant d'inclure rapidement les métiers impliquant un engagement relationnel important comme ceux du champ social, le corps enseignant, ... Actuellement, le concept tend à être employé plus largement pour toute catégorie d'activité, vraisemblablement par excès : car si les dimensions d'épuisement émotionnel et de réduction d'accomplissement personnel peuvent en effet s'observer quelque soit l'emploi, la notion de dépersonnalisation de la relation à autrui s'appli

que spécifiquement aux professions d'aide : «Quand la relation d'aide tombe malade, la symptomatologie est celle d'un burn out » [4].

Depuis les années 2000, les auteurs s'accordent sur le fait que le burn out débute par l'épuisement émotionnel, qui entraîne la dépersonnalisation, d'où réduction de l'accomplissement personnel. L'épuisement émotionnel renvoie au contenu affectif du processus, tandis que la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel représentent respectivement les parties comportementale et cognitive du trouble.

Le burn out est une entité dynamique définie classiquement par l'association de 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation à autrui et la réduction de l'accomplissement personnel. Il s'enracine historiquement aux métiers comportant une relation d'aide.

2.3. CLINIQUE

2.3.1. BURN IN

Avant l'instauration du burn out en tant que tel, il est fréquent de retrouver une étape préliminaire de « burn in » : avant d'être consumé, le sujet doit préalablement s'enflammer. Cette phase est caractérisée par un présentéisme et un hyper-activisme entraînant progressivement un état de surmenage, propice au développement de l'épuisement professionnel [24].

2.3.2. SYMPTOMATOLOGIE ASPECIFIQUE

Divers symptômes aspécifiques, au nombre de 132 selon Schaufeli et Enzmann peuvent apparaître progressivement.

2.3.2.1. Signes physiques.

Au plan somatique sont décrites des plaintes diffuses telles asthénie, insomnie, troubles digestifs, troubles alimentaires, variations pondérales, troubles du cycle menstruel, céphalées, lombalgies, tensions musculaires, dermatoses, infections virales prolongées ou répétées ; troubles avec un certain degré de participation psychosomatique comme l'ulcère gastrique, les pathologies coronariennes, les pathologies chroniques parmi lesquelles l'asthme, le diabète ou encore la polyarthrite rhumatoïde ; réactions physiologiques de réponse au stress, notamment tachycardie et hypertension artérielle.

2.3.2.2. Signes affectifs.

Ils regroupent perte d'intérêt et ennui, auto-dévalorisation avec sentiments d'incompétence, d'incapacité, d'infériorité, d'impuissance, perte de confiance et de l'estime de soi, culpabilité, labilité émotionnelle, irritabilité, diminution du contrôle émotionnel favorisant des accès de colère ou d'anxiété, cynisme, impatience, désespoir, découragement, diminution de l'empathie et de la tolérance à la frustration.

2.3.2.3. Signes cognitifs.

Ils comprennent des difficultés de prise de décisions, un manque de concentration et d'attention, des troubles mnésiques et une désorganisation du travail.

2.3.2.4. Signes comportementaux.

Nous pouvons observer une procrastination, des attitudes défensives avec tendance au négativisme et au pessimisme, une rigidité, un repli, une résistance excessive au changement ou encore une méfiance, une agressivité envers autrui, un abus de substances psychoactives (alcool, médicaments), ...

Il est courant de constater une réaction de déni préalable de l'individu concerné, qui tend ainsi à banaliser la situation et à se livrer à un présentéisme et un hyper-activisme contrastant avec une singulière diminution d'efficience [4].

« Plus je me sentais débordée, plus je perdais ma concentration. Ma réaction a été alors d'augmenter encore mon temps de travail et ma cadence. Je multipliais les vérifications et m'attelais avec encore plus d'ardeur à la tâche » [25].

De fait, « ceux qui souffrent, ceux qui tombent malades, ce sont ceux qui ne laissent pas couler, qui prennent malgré tout au sérieux les enjeux du travail dans des situations où ces enjeux sont écrasés par le déploiement des logiques marchandes » [26].

2.3.3. LA TRIPLE DIMENSIONNALITE DE MASLACH

Au-delà de ce cortège de symptômes, le burn out se caractérise principalement par 3 dimensions fondamentales.

2.3.3.1. Epuisement émotionnel.

Aussi bien physique que psychique, il se traduit par une profonde sensation d'asthénie, non améliorée par le repos ou les périodes de congés. L'individu se sent « vidé » de ses ressources

et éprouve de plus en plus de peine à accueillir et gérer les émotions d'autrui. Dans le cas des soignants et des médecins notamment, nous comprenons aisément les difficultés que peuvent générer les interactions avec les patients. L'expression et la verbalisation des ressentis du sujet lui-même se compliquent également, en particulier dans le milieu médical où le fait de communiquer sur ses propres sentiments semble déjà perçu comme un signe de faiblesse [4].

« Nous les médecins c'est rare qu'on dise “ j'en ai gros sur la patate ”. » Neurologue, femme (F), 48 ans.

Extérieurement nous pouvons observer une labilité émotionnelle avec des paroxysmes d'hypersensibilité ou de colère, ou à l'inverse une froideur donnant l'apparence trompeuse d'un hyper-contrôle des émotions [4].

« J'entends plutôt une sorte d'épuisement émotionnel, “ j'en peux plus, je deviens à fleur de peau, ça me serait jamais arrivé il y a quelques années mais là j'ai envie de pleurer avec mon patient, ou je pleure sans raison en sortant de la chambre”. » Psychologue du travail.

2.3.3.2. Dépersonnalisation.

Directement issue du terme anglais originel « depersonalization », elle est parfois désignée sous le vocable de déshumanisation afin d'éviter toute confusion avec la définition de séméiologie psychiatrique déjà existante. Elle découle de l'épuisement en tant que mécanisme de défense de l'individu face au débordement émotionnel subi. Il s'agit d'une mise à distance de l'autre dans les relations interpersonnelles.

*« Une fuite qui pourrait s'apparenter à une forme de dépersonnalisation, mais ils vont pas le verbaliser en disant “ ça me fait rien ”, mais “ je peux plus, je peux plus entendre le patient souffrir, je peux plus entendre la collègue me dire qu'un patient est décédé ou je ne sais quoi, donc je veux pas l'entendre, je me mets loin, je lui dis c'est bon, c'est bon, me raconte pas ”. »
Psychologue du travail.*

Le malade réifié se retrouve ainsi réduit à un numéro de chambre, un simple « cas », une organicité, tandis que le langage se veut tour à tour scientifique à l'excès ou désinvolte et cynique [4].

« C'est un abcès de la marge anale qui s'agite ! », propos tenus dans un service de chirurgie à l'occasion d'une demande d'avis psychiatrique.

Associé à l'épuisement émotionnel, cet état est décrit dans la littérature américaine sous le nom de « John Wayne Syndrome », dans lequel le sujet assume les souffrances d'autrui avec une apparente impassibilité, à l'instar du célèbre personnage de cow-boy incarné par l'acteur [25].

2.3.3.3. Réduction de l'accomplissement personnel.

Elle se traduit par un sentiment d'inefficacité au travail et se vit douloureusement comme un intolérable échec, renforcé par l'essence même de la vocation médicale originelle. L'individu en faillite personnelle s'engage alors dans une spirale de perte de motivation professionnelle, de dévalorisation, de culpabilité, et réagit en désertant progressivement ses fonctions, ou au contraire en surinvestissant son lieu de travail dans un présentéisme vain [4].

« Eh bien, voici le terme exact : l'abîme me regarde. Je suis face au gouffre de la perte des sens, au rien qui se cache derrière le pourquoi des choses. Je sens que je suis regardé par du vide et du noir, l'absence de toute humanité, de toute grâce, toute croyance. Je ne crois plus en rien. Je ne crois plus en moi. » Philippe Labro, dans Tomber sept fois, se relever huit [1].

2.3.4. AUTRES CONCEPTIONS

Ce trépied de base, directement inspiré des travaux de Maslach et Leiter en 1988, a également été enrichi de diverses descriptions du burn out, dont nous proposons une revue des principales.

2.3.4.1. Freudenberger et North.

Ces auteurs ont théorisé le processus sur 12 phases :

- 1) l'obligation perçue de faire ses preuves, se traduisant souvent par une forte ambition et une réelle détermination
- 2) le surinvestissement au travail, découlant d'une exigence élevée envers soi-même ; dans le but de remplir ses objectifs, le sujet se met à abattre plus de tâches qu'il ne le devrait sans déléguer, ce qui montre qu'il est irremplaçable car il est capable de travailler énormément sans recevoir d'aide
- 3) la négligence des besoins propres du sujet qui consacre entièrement son temps et son énergie au travail, reléguant au second plan relations familiales, amicales, sommeil et alimentation
- 4) le déplacement des conflits, au cours duquel apparaissent les premiers symptômes physiques ; l'individu réalise qu'il existe un problème sans en identifier la source

- 5) la révision du système de valeurs du sujet qui s'isole de plus en plus, érigeant son travail en principe fondamental, et commence à s'épuiser tout en négligeant davantage ses besoins
- 6) le déni des problèmes émergents, avec tendance à devenir intolérant et à blâmer autrui de la situation, les contacts sociaux devenant progressivement insupportables
- 7) le retrait avec repli sur soi à son paroxysme, fréquemment associé à l'apparition d'addictions à visée anxiolytique ; l'adoption d'attitudes défensives, comme le cynisme, peut masquer momentanément la situation d'un point de vue extérieur
- 8) les changements comportementaux manifestes, lorsque le trouble devient évident pour l'entourage de l'individu (famille, amis, collègues)
- 9) la perte d'estime de soi atteinte au moment où le sujet n'a plus de considération personnelle, de contact avec ses besoins propres ni de capacités de projection dans l'avenir
- 10) la sensation de vide intérieur que le sujet cherche de plus en plus à combler par des conduites addictives avec recours aux toxiques, troubles alimentaires, ...
- 11) la survenue d'une dépression en tant que comorbidité potentielle
- 12) le burn out définitivement constitué avec effondrement physique et émotionnel, voire idéations suicidaires en cas de corrélation dépressive [27].

2.3.4.2. Edelwich et Brodsky.

Ils proposent la classification suivante :

- phase d'enthousiasme dans laquelle le médecin aux idéaux intacts pense être en capacité de maîtriser toutes les pathologies de ses patients, de les guérir pour la plupart ; cette motivation lui permet une dévotion et un investissement professionnels élevés
- phase de stagnation lorsque la confrontation à l'épreuve de réalité commence à entamer la solide vocation médicale : les patients ne correspondent pas nécessairement aux classiques cas

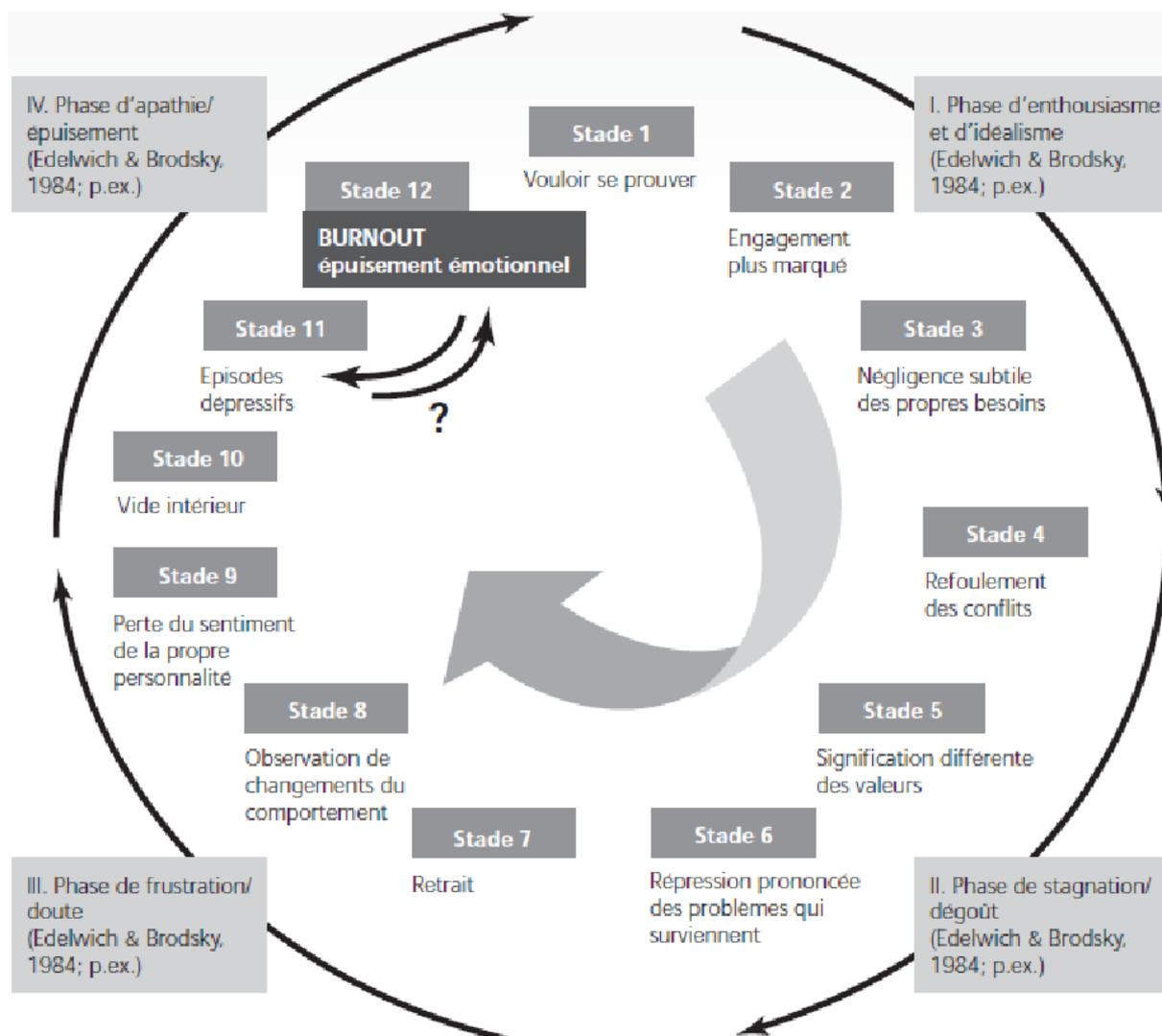
d'école, les taux de guérison semblent inférieurs aux attentes ; en parallèle, la demande de soins afflue, les relations avec les patients, les collègues ou l'administration paraissent éloignées des aspirations initiales du soignant, qui redouble d'efforts dans une vaine tentative d'hyper-contrôle ; apparaissent alors les prémisses aspécifiques du phénomène, notamment l'asthénie

- phase de frustration et de désillusion au cours de laquelle le médecin fragilisé, assailli de doutes et d'interrogations sur la valeur de son travail, se met à percevoir ses patients comme peu reconnaissants et irritants, voire même ses confrères comme irrespectueux et indéliçats : la spirale de l'isolement et de l'automédication est enclenchée

- phase d'apathie et de démoralisation qui laisse le médecin sur la voie du burn out en proie à de vifs sentiments d'incompétence et de désespoir ; l'évitement relationnel devient manifeste, la sphère du travail est inexorablement désinvestie, entraînant retards, négligences et autres fautes professionnelles : addictions voire idées suicidaires apparaissent fréquemment à ce stade, pouvant se compliquer d'un épisode dépressif majeur (EDM) classique en cas de prolongation [28].

2.3.4.3. Kernen.

Psychologue du travail suisse, il a enrichi les travaux d'Edelwich et Brodsky d'étapes intermédiaires illustrées sur le schéma ci-après.



Modélisation du burn out selon Kern [1]

2.3.4.4. Lauderdale, Veninga et Spadley, Golembiewski.

Dans les années 80, Lauderdale évoque la succession de 3 phases : confusion, frustration et désespoir, tandis que Veninga et Spradley décrivent 5 étapes : d'une hyperactivité enthousiaste, le sujet glisse progressivement vers un état de fatigue, qui s'accroît avec l'apparition de nombreux symptômes somatiques ; viennent alors un profond sentiment de désespoir ainsi qu'une auto-dévalorisation et une perte d'estime de soi, jusqu'à la sensation de se trouver dans l'impasse, face à « un mur » [29].

Golembiewski développe quant à lui une théorie en 8 points, menant de la dépersonnalisation du sujet à la réduction de l'accomplissement personnel, puis au stade final de l'épuisement émotionnel [30].

2.3.4.5. Burisch.

Ce psychologue allemand identifie sept étapes :

- 1) phase prodromique lorsque les premiers symptômes somatiques aspécifiques (asthénie, céphalées, vertiges, troubles du sommeil, ...) gagnent le sujet, surinvesti sur le plan professionnel
- 2) réduction de l'engagement marquée par un isolement et un retrait progressifs
- 3) réactions émotionnelles avec présence de sentiments d'infériorité, de pessimisme et de baisse de l'estime de soi impactant négativement les relations à autrui
- 4) réduction des capacités cognitives avec atteinte de la concentration et de la mémoire, diminution de la souplesse et des compétences adaptatives
- 5) déclin social lorsque le sujet souffrant d'une anesthésie affective entre dans une spirale d'évitement relationnel et abandonne peu à peu ses loisirs habituels
- 6) réactions psychosomatiques avec majoration des symptômes physiques douloureux à type de contractures musculaires, lombalgies, céphalées, troubles de l'alimentation et du sommeil non améliorés par le repos
- 7) phase de la dépressivité où l'on retrouve chez le sujet se sentant inutile des affects de désespoir, une péjoration de l'avenir, voire des idées suicidaires avec éventuels passages à l'acte [1].

2.3.4.6. Peters et Mesters.

Nous retrouvons également une déclinaison du concept en sept points selon Suzanne Peters et le neuropsychiatre Patrick Mesters [15], qui effectuent volontiers un parallélisme avec le travail de deuil, suggérant la nécessité d'un lâcher-prise.

Le déni constitue la « première étape permettant d'atténuer le choc avec la réalité et de reculer la prise de conscience de la difficulté du surmenage professionnel ». A ce stade, il est fréquent d'observer un hyper-activisme paradoxal conduisant à un épuisement progressif.

Considérée « d'autant plus vive que les moyens habituellement opérants se révèlent désespérément vains », la colère survient alors chez le sujet, qui affronte un état de débordement émotionnel avec prédominance de ressentis négatifs d'injustice et d'abandon par autrui.

La négociation se traduit par un questionnement ambivalent de l'individu, qui a identifié la survenue d'un trouble mais ne le reconnaît que partiellement. Apparaissent en parallèle des plaintes psychosomatiques diverses, une labilité émotionnelle et une auto-dévalorisation.

Le désespoir s'installe ensuite, accompagné d'une réduction significative de l'estime de soi et d'un sentiment de culpabilité majorant le retrait et l'isolement social.

L'acceptation commence lorsque le sujet renoue avec sa capacité à prendre de la distance par rapport à la situation.

Le retour à l'intégrité est atteint lorsque l'individu a reconnu, accepté et acquis une expérience de la situation de burn out traversé. Cette ultime étape se caractérise par une redéfinition des valeurs et des priorités de la personne [31].

2.3.4.7. Farber.

Plus récemment, les travaux de Christine Farber ont proposé un outil de classification construit à partir des trois profils de burn out qu'elle décrit, critiquant en effet la tendance de la plupart des recherches à le considérer comme un phénomène unique. Selon elle, « le syndrome d'épuisement professionnel qui prévaut aujourd'hui est marqué par le fait que les individus ont une multitude d'obligations, des pressions externes croissantes, des exigences grandissantes de la part des autres, une limitation des possibilités de s'engager et des salaires qui ne compensent que partiellement les efforts fournis » [32].

L'auteur identifie donc le burn out :

- « frenetic », pour les individus qui travaillent toujours plus dur jusqu'à ce qu'ils soient épuisés et cherchent un succès et une satisfaction à la hauteur du stress causé par leurs efforts ; leurs caractéristiques sont : investissement professionnel, ambition et besoin d'accomplissement, incapacité à reconnaître l'échec, négligence des besoins propres, anxiété et irritabilité
- « underchallenged », présenté par les sujets qui possèdent une motivation insuffisante et font face à un travail monotone, peu stimulant et satisfaisant ; les critères d'identification comprennent indifférence et superficialité dans les tâches, ennui, manque de développement personnel, contemplation d'autres perspectives professionnelles
- « worn-out », chez les travailleurs qui abandonnent lorsqu'il sont confrontés à trop de stress ou trop peu de satisfaction au travail, caractérisés par un moindre sens des responsabilités, une absence de contrôle sur les résultats, des problèmes avec le système de récompense, des difficultés à exécuter les tâches et une symptomatologie dépressive.

Ainsi, alors que certains professionnels font face à l'insatisfaction en redoublant d'efforts dans le but d'atteindre les résultats attendus, d'autres négligent leurs tâches pour tenter d'équilibrer la balance entre investissement et récompense [32].

Les divers travaux de modélisation du burn out se rejoignent tous sur l'aspect dynamique du trouble qui évolue dans le temps suivant certaines séquences.

2.3.5. INSTRUMENTS DE MESURE

Christina Maslach et Ayala Pines ont dirigé des programmes de recherche destinés à apporter une validité scientifique au concept de burn out, dans le cadre de son émergence et de sa diffusion rapide au cours de la décennie 70 : le syndrome s'est ainsi construit en parallèle de ses propres outils de mesure [4]. De l'analyse de leurs études ont été extraites les échelles d'évaluation quantitatives à large portée les plus connues, à savoir le Maslach Burn out Inventory (MBI) de Maslach et Jackson, le Burn out Measure (BM) de Pines, Aronson et Kafry, et le Copenhagen Burn out Inventory (CBI).

2.3.5.1. Le MBI.

Cette échelle s'est imposée jusqu'à présent comme la référence en matière d'évaluation psychométrique du syndrome d'épuisement professionnel. Elle a ainsi fait l'objet de nombreuses traductions internationales, et comporte deux variantes principales : le MBI-GS (General Survey) en 16 items, applicable à tous les métiers, et surtout le MBI-HSS (Human Services Survey) spécifique aux professions d'aide, que nous détaillons ci-après.

2.3.5.1.1. Modalités de réponse et cotation.

L'outil comprend 22 items répartis selon les 3 dimensions classiques du concept : 9 concernent l'épuisement émotionnel, 5 la dépersonnalisation de la relation à autrui et 8 l'accomplissement personnel [33]. Sa version initiale propose pour chaque item une double évaluation de fréquence (de 0/jamais à 6/chaque jour) et d'intensité (de 1/très peu à 7/énormément), alors que la version couramment utilisée de nos jours ne comporte que le critère de fréquence. L'adaptation francophone a été réalisée par Fontaine en 1985 [16], et le temps de passation est estimé à 10/15 mns environ.

Un burn out élevé selon le MBI correspond à des scores élevés d'épuisement émotionnel (bas < 17, moyen 14–29, haut > 30) et dépersonnalisation (bas < 5, moyen 6–11, haut > 12), associés à un score faible d'accomplissement personnel (bas < 33, moyen 34–39, haut > 40) [4] ; en cas d'atteinte d'une ou deux dimensions seulement, le degré d'atteinte est respectivement faible ou modéré [cf annexe 1] .

2.3.5.1.2. Qualités psychométriques.

La validité interne du test a été établie à l'issue de plusieurs analyses factorielles avec rotation varimax, qui ont permis de retenir 22 items sur les 67 initiaux et de confirmer la structuration en 3 dimensions.

D'autres analyses ont croisé les réponses de personnes remplissant le questionnaire à des observations faites par des tiers sur ces mêmes participants : une convergence satisfaisante de ces résultats a permis d'asseoir la validité externe du MBI. Sa structure externe divergente des scores d'échelles de satisfaction au travail et de dépression a de plus montré que le concept est bien distinct d'autres entités.

La fidélité test/retest est correcte avec un coefficient de stabilité sur un intervalle de 2 à 4 semaines de 0,82 pour l'épuisement émotionnel, 0,60 pour la dépersonnalisation et 0,80 pour la réduction d'accomplissement personnel. Sur ces 3 dimensions, les alpha de Cronbach mesurant la consistance interne sont respectivement de 0,7, 0,79 et 0,71 dans la version originale [34].

2.3.5.1.3. Biais et limites.

En ce qui concerne la traduction française, la dimension de déshumanisation manque de consistance interne comme de sensibilité : le contexte sémantique et culturel, en particulier la notion de réponse socialement attendue, pourrait expliquer ces observations [34].

Il convient de préciser également qu'il ne saurait s'agir d'un test diagnostique formel, mais plutôt d'un outil complétant utilement le recueil de données cliniques initial dans le cadre de la prise en charge du patient ; ainsi la présence de scores pathologiques pour chaque dimension respective du syndrome n'est pas nécessaire à l'établissement du diagnostic : une cotation élevée sur l'un des axes seulement sans atteinte des deux autres peut très bien témoigner d'un processus en cours de réalisation [1,4]. Les valeurs seuils d'intensité du burn out diffèrent en outre légèrement en fonction des versions utilisées.

2.3.5.2. Le BM.

Encore appelé Tedium Measure en référence au terme de « tedium » défini par Pines comme « un épuisement physique, émotionnel et mental avec négation de soi-même, de son environnement professionnel et familial », il comprend 21 propositions, dont 4 formulées sur un versant positif (« être heureux, satisfait de sa journée ») et les 17 autres de façon négative (« sentiment d'être pris au piège ou anxieux, fatigué »), avec une gradation de fréquence pour

chacune de 1 (jamais) à 7 (toujours). Cet instrument d'auto-évaluation présente une corrélation statistique significative au degré de satisfaction, d'autonomie et de feed-back au travail ou encore à la qualité du support social. Une étude de Stout et Williams en 1983 a établi ses critères de simplicité, fiabilité et validité par comparaison au MBI [16 / cf annexe 2].

2.3.5.3. Le CBI.

Cet outil développé au Danemark en 2005 a été utilisé dans un certain nombre d'études récentes. Il existe une version adaptée à toutes les professions (General-CBI), ainsi qu'une version spécifique pour le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (P-CBI).

Il comprend 3 dimensions qui mettent en lien le burn out avec des facteurs personnels d'épuisement, le milieu professionnel et la relation aux patients. La première thématique est développée en 6 items, la deuxième en 7 et la troisième en 6, tous côtés sur une échelle Likert en 5 points [35,36 / cf annexe 3].

2.3.5.4. Autres échelles.

Sont également répertoriés divers autres instruments de mesure, d'usage plus anecdotique en raison d'une portée statistique limitée, tels le Oldenburg Burn out Inventory (2005), le Meier Burn out Assessment de Meier, le Staff Burn out Scale de Jones (1980), le Emener R Luck Burn out Scale de Emener, Luck et Gohs (1982), le Job Burn out Inventory de Ford, Murphy et Edwards (1983), le Energy Depletion Index de Garden (1985), le Matthews Burn out Scale for Employees de Matthews (1986), le Cherniss Burn out Measure de Burke et Deszca (1986) et la cotation de Burke, Greenglass, Wolpin et al. (1990), inspirée du modèle de Golembiewski, qui distingue burn out de niveau bas (phases 1 à 3), moyen (4 et 5) et élevé (6

à 8) [6,16].

Plusieurs échelles d'évaluation psychométrique du burn out sont disponibles ; la plus fréquemment utilisée est le MBI.

2.4. CRITIQUE DU CONCEPT

En dépit d'une définition précise et d'un ancrage historique de recherche scientifique, le burn out fait l'objet de diverses critiques dès son émergence : les réserves des milieux académiques auraient ainsi limité l'expansion initiale des travaux sur le sujet. Les premiers articles sur le MBI se voient réfutés d'emblée par les journaux scientifiques, qui les qualifient de « pop-psychologie » [4].

Le burn out semble avoir d'abord été perçu comme un élément de réalité sociale ; Christina Maslach rapporte que le terme était employé officieusement par les sujets atteints eux-mêmes bien en amont de son officialisation scientifique, expliquant en partie ses difficultés ultérieures à être reconnu au niveau psychopathologique. Selon un spécialiste français cité par le docteur en sociologie Marc Lorient, « nous sommes encore face à un concept-valise capable de recueillir toutes les revendications du monde de la santé. Comme les définitions psychologiques et psychiatriques du syndrome restent floues et controversées, nous risquons d'avoir affaire au fameux couteau sans manche dont on aurait égaré la lame » [37].

2.4.1. PLACE DANS LA NOSOGRAPHIE

Nous sommes en conséquence amenés à nous interroger sur la position actuelle du burn out dans le champ de la psychiatrie.

2.4.1.1. Absence des classifications internationales.

Le syndrome d'épuisement professionnel ne figure ni dans le DSM IV-TR/ DSM 5 (American Psychiatric Association 2000/2013), ni dans la CIM-10 : ce constat suggère que le trouble ne relèverait pas à ce jour d'une entité clinique spécifique.

Grantham déclare ainsi en 1985 que « nous sommes placés face à l'une des deux réalités suivantes devant un sujet qui se présente avec un diagnostic de burn out : soit il s'agit d'un diagnostic erroné, niant le plus souvent un syndrome psychopathologique susceptible de répondre à des mesures thérapeutiques adéquates (il s'agit d'un syndrome anxieux, anxio-dépressif, dépressif, un trouble de personnalité...) ; soit le diagnostic est correct mais nous nous trouvons avec une insuffisance de moyens thérapeutiques ou de capacités d'intervention » [38].

2.4.1.2. Affiliation au trouble de l'adaptation.

Nous repérons néanmoins des rapprochements usuels du burn out d'autres catégories existantes. Pour certains auteurs, il convient de le considérer comme un trouble de l'adaptation [4] tel que décrit dans le DSM-IV-TR :

A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables, au cours des trois mois suivant la survenue de ceux-ci.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent : soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce(s) facteur(s) de stress, soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).

C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble de l'axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou de l'axe II.

D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.

E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Le trouble de l'adaptation est dit aigu si la perturbation persiste moins que 6 mois. Il est dit chronique si elle persiste 6 mois ou plus. Le DSM identifie six sous-types déterminés en fonction des symptômes prédominants : avec humeur dépressive (309.0), avec anxiété (309.24), avec à la fois anxiété et humeur dépressive (309.28), avec perturbation des conduites (309.3), avec perturbation à la fois des émotions et des conduites (309.4), non spécifié (309.9).

Dans la CIM-10, le trouble de l'adaptation est codé F43.2. Nous pouvons également mentionner la catégorie des difficultés liées à l'orientation du mode de vie d'un sujet (Z73), recouvrant notamment les notions de surmenage (Z73.0), manque de repos et de loisirs (Z73.2) ou encore stress non classé ailleurs (Z73.3).

2.4.2. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Une autre source de critiques du syndrome d'épuisement professionnel provient d'un risque de confusion avec d'autres entités nosographiques.

2.4.2.1. Troubles somatoformes et neurasthénie.

Certains auteurs établissent ainsi un parallèle avec les troubles somatoformes (F45 dans la CIM-10) et la neurasthénie [16] (décrite par George Miller Beard en 1869 et codée F48.0) définie comme suit : « Il existe des variations culturelles importantes dans les manifestations

de ce trouble, qui comporte deux types essentiels, ayant de nombreux points communs : dans le premier type, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace. Dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre.

Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, telles que des vertiges, des céphalées de tension et une impression d'instabilité globale. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures, ainsi qu'une insomnie d'endormissement, une insomnie du milieu de la nuit ou une hypersomnie » [29].

Si Bibeau, professeur d'anthropologie québécois, rapporte que le burn out ne serait « qu'un maquillage de la neurasthénie classique » [39], nous pouvons avancer qu'il en diffère par l'apport supplémentaire des dimensions de dépersonnalisation et réduction d'accomplissement personnel. Une différence s'observe aussi avec l'insatisfaction au travail, « expérience psychique négative vécue par l'individu et liée au monde du travail », qui ne recouvre selon Bédard et Duquette que la perte du sentiment d'épanouissement, sans association à un épuisement physique et émotionnel ou encore une déshumanisation de la relation [23].

2.4.2.2. Stress et troubles anxieux.

Des interrogations sont également soulevées sur la spécificité du syndrome d'épuisement professionnel par rapport au stress et aux troubles anxieux, termes parfois employés les uns pour les autres sans véritable discernement.

Albert et Chneiweiss écrivent qu'« il en est du stress et de l'anxiété comme ces faux amis que l'on rencontre dans l'apprentissage d'une langue. Ils se ressemblent en apparence mais ont un sens différent ». D'après Schaufeli et Buunk, « le stress est un terme générique qui réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des symptômes mentaux et physiques. En contraste, le burn out peut être considéré comme le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources, et ainsi d'un stress professionnel prolongé » [1,4].

L'apport du stress dans le développement du concept que nous étudions sera développé ultérieurement, mais il apparaît d'emblée que le burn out ne saurait y être réduit : bien que découlant d'un stress chronique, il renvoie seulement à la sphère professionnelle et intègre davantage de dimensions. Le diagnostic de troubles anxieux implique de même une séméiologie précise, absente de la définition du burn-out ; il peut toutefois constituer une comorbidité d'apparition secondaire.

2.4.2.3. Dépression.

Il convient enfin de s'intéresser aux relations entretenues avec la dépression : la controverse est alimentée par l'existence d'affects dépressifs et de plaintes somatiques dans le syndrome d'épuisement professionnel, ainsi que par le chevauchement partiel des échelles respectives de ces deux entités établi par Meier en 1984 [4]. Quelques auteurs ont même élaboré le

concept de « dépression professionnelle » et adapté la Beck Depression Inventory au cadre du travail, mettant en évidence un recouvrement avec la dimension d'épuisement émotionnel du MBI [16].

Nous identifions cependant à nouveau des divergences essentielles recensées par Bakker notamment : « Le manque de réciprocité au travail prédit à la fois burn out et dépression ; en revanche, un manque de réciprocité dans sa vie privée prédit la dépression, mais pas le burn out » [1]. Delbrouck ajoute que « la personne dépressive voit toutes les sphères de sa vie touchées par cet état asthénique, aura tendance à se sentir coupable de ce qui lui arrive » et se trouve en difficulté pour se projeter dans l'avenir. A l'inverse, le sujet souffrant de burn out éprouve un mal-être nécessairement lié au milieu du travail ; les projets persistent en dehors de ce cadre et le registre affectif tend plus fréquemment vers la colère [25, 40] ; quant au ralentissement psychomoteur, il est traditionnellement absent.

Sonia Lupien, neuropsychologue et directrice scientifique d'un centre de recherche canadien, ajoute qu'une personne confrontée au burn out est toujours en situation de stress chronique alors que ce n'est le cas qu'une fois sur deux pour le sujet dépressif. D'autre part, une production réduite de cortisol serait constatée dans un contexte d'épuisement professionnel alors qu'elle serait accrue dans la dépression [41].

La dépression peut néanmoins compliquer secondairement le burn out et en constituer une comorbidité.

Si la place du burn out dans la nosographie psychiatrique en tant qu'entité spécifique est discutée, il apparaît nettement qu'il se distingue bien de l'EDM et des troubles anxieux ; il pourrait néanmoins s'intégrer au trouble de l'adaptation tel que défini sur l'axe I du DSM.

2.5. LES APPORTS DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL

Situer la question du syndrome d'épuisement professionnel dans le seul champ de la psychiatrie confronte donc à certaines limites pouvant être dépassées si nous nous inscrivons dans une perspective psychopathologique, c'est-à-dire « ayant pour objet l'étude comparée des processus pathologiques de la vie psychique et s'appuyant sur différents modèles théoriques tendant à rendre compte de l'articulation des différents troubles entre eux et de leur rapports avec le fonctionnement dit normal du psychisme ». Selon le psychiatre et médecin du travail Dejours, la psychopathologie appliquée au travail consiste en l'étude du « rapport psychique de l'homme au travail » [4].

2.5.1. RAPPORTS HISTORIQUES ENTRE PSYCHIATRIE ET TRAVAIL

Nous proposons de revenir tout d'abord sur les débuts historiques de la discipline, découlant en particulier des liens entre la psychiatrie et le milieu du travail qui se tissent dans la seconde moitié du XIXème siècle, à la faveur des débats de spécialistes sur l'étiologie des troubles mentaux.

2.5.1.1. Journées de Bonneval de 1946.

Les conceptions mécanicistes influencées par les travaux de Pavlov sont alors remises en cause au profit d'autres thèses : Lacan prône la psychogenèse là où Ey se réfère à l'organogenèse ; Follin et Bonnafé, d'obédience marxiste, représentent le courant de la sociogenèse avec la vision de « l'homme psychopathe en tant que phénomène social », tandis que Rouart considère une triple causalité psychique, biologique et sociologique [42].

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, ces divers protagonistes s'allient malgré leurs divergences pour repenser l'organisation des soins en psychiatrie : un intérêt particulier est porté aux perspectives extra-hospitalières et à la réadaptation des patients handicapés et traumatisés. Leur réhabilitation psychosociale passe en particulier par le biais du travail thérapeutique développé par Daumezon et Tosquelles, qui posent les bases de la psychothérapie institutionnelle : il ne s'agit pas de proposer une tâche occupationnelle mais de « faire travailler les malades et le personnel soignant, pour soigner l'institution : pour que l'institution et les soignants saisissent sur le vif, que les malades sont des êtres humains, toujours responsables de ce qu'ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu'à condition de faire quelque chose » [42].

2.5.1.2. Le travail thérapeutique.

Sivadon, fondateur de centres expérimentaux de traitement et de réadaptation sociale, estime qu'il faut tenir compte des deux principes suivants dans cette entreprise : adapter l'activité aux compétences effectives du patient, notamment son « niveau de sociabilité », et faire croître le degré de difficulté afin de tendre progressivement vers les exigences du travail réel, ce dans le but de « spécialiser » l'individu au maximum de ses capacités. L'objectif thérapeutique recherché est celui de « la restauration aussi complète que possible de la valeur sociale du malade », selon la notion intégrative du travail véhiculée par la société française des années 40 [42].

Le Guillant se démarque quant à lui de la perspective freudienne, estimant que ce sont davantage les situations réelles que les fantasmes inconscients qui sont à l'œuvre dans la psychopathologie des malades. Il s'attache de fait à l'analyse puis à la transformation des conditions d'existence du sujet dans son milieu, et pose la rémunération du travail

thérapeutique du patient comme base d'une « véritable réhabilitation, une confiance en lui et une dignité nouvelle » [42].

2.5.1.3. Le travail, source pathologique.

En s'attachant à la réadaptation par l'emploi de leurs patients, ces psychiatres sont progressivement amenés à s'intéresser aux individus indemnes de troubles antérieurs, mais qui viennent à en développer à l'occasion de leur activité professionnelle : ces diverses observations fondent les bases de la psychopathologie du travail.

2.5.1.3.1. *Sivadon.*

Selon lui, « le travail n'est généralement pathogène que pour des raisons extrinsèques qui tiennent bien davantage aux possibilités des travailleurs qu'à sa nature propre ». Il décrit la « névrose de travail » dans lequel un processus de « désadaptation » est à l'œuvre, étroitement lié à « l'immaturité de la personnalité » du sujet. À l'inverse, « chez l'homme pourvu de mécanismes adaptatifs efficaces, la difficulté d'adaptation se traduit simplement par de la fatigue, de l'ennui ou du désintérêt ». Il développe avec la ligue d'hygiène mentale des consultations spécialisées pour les salariés adressés par la médecine du travail [42].

2.5.1.3.2. *Le Guillant.*

Ce dernier met l'accent sur le rôle déterminant des conditions de travail dans la constitution du processus pathologique. Il procède en 1958 à une revue systématique de cas cliniques avec Bégoïn, intitulée « Le travail et la fatigue : la névrose des téléphonistes et des mécanographes », qui met en évidence des « maladies de la productivité » engendrées par les modifications récentes de traitement et rationalisation des tâches dans un but d'optimisation

de la productivité. En 1963, dans « Incidences psychopathologiques de la condition de bonne à tout faire », il étudie le rôle de la « condition sociale » qui, allée aux caractéristiques du travail en lui-même, constitue une expérience qualifiée de « gestalt sociale » : il introduit de fait dans la psychopathologie du travail la notion du rapport de subordination du salarié à l'employeur, l'aliénation sociale constituant le lit de l'aliénation mentale [42].

S'appuyant sur les théories pavloviennes supposant l'influence du milieu sur l'activité cérébrale, et s'opposant à Sivadon, qui prône une prédisposition individuelle aux troubles mentaux générés par le travail, il en vient cependant à négliger l'implication du facteur humain, passant d'une « clinique du sujet » à une « clinique de situations ». Ses préconisations de prise en charge reposent donc sur une action collective visant l'amélioration des conditions de travail, dans laquelle l'expertise n'est pas confiée aux professionnels de santé mentale mais aux travailleurs en personne, regroupés notamment au sein des syndicats ouvriers [42, 43].

2.5.1.3.3. Veil.

Ce collaborateur de Sivadon articule les positions de ses prédécesseurs en admettant une « étiologie mixte » d'ordre personnel et professionnel à la fois, la maladie étant « considérée comme le franchissement d'un seuil de désadaptation au-delà d'une marge de tolérance ». Actif dans le reclassement des anciens malades, il exerce également la médecine du travail et souhaite la reconnaissance de la psychiatrie du travail comme spécialité médicale à part entière [42].

Ces travaux fondateurs demeurent toutefois ancrés dans une approche médico-psychiatrique classique, clivant le fonctionnement psychique entre normal et pathologique [42], et limitant

la prise en compte de l'engagement subjectif de l'individu dans l'activité de travail, cette « activité propre » définie par Tosquelles comme « l'effort que l'on fait, la part de créativité qu'on y apporte, l'engagement qui part et s'enracine dans le sujet actif » [42].

Si le lien entre activité professionnelle et santé de l'agent qui l'exerce est progressivement devenu l'apanage de la médecine du travail, nous observons qu'à l'origine ce sont les psychiatres qui se sont emparés de la question.

2.5.2. DEJOURS ET LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Dans les années 70, Christophe Dejours définit les notions de charge psychique (implication affective de l'homme dans son travail), physique (objet premier de l'ergonomie) et mentale (aspects sensoriels et cognitifs de l'exécution d'une tâche) du travail. Pour l'auteur, la souffrance professionnelle, résultant d'une accumulation de charge psychique, constitue l'objet d'étude principal de la psychopathologie du travail [39], tandis que la psychodynamique, ancrée dans une perspective analytique, s'attache à « l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail » [43].

Cette investigation porte à la fois sur la souffrance et le plaisir naissant de la rencontre entre un sujet animé de certaines attentes et valeurs spécifiques d'une part, et les exigences de ses situations de travail généralement déterminées indépendamment de lui d'autre part ; notons d'ailleurs que ces deux notions fondamentales de la psychodynamique du travail sont abordées au-delà des spécificités individuelles, tout travailleur étant considéré comme indissociable de son groupe d'appartenance. Ce collectif, existant « lorsque plusieurs travailleurs concourent à une oeuvre commune dans le respect des règles », garantit le

maintien de l'engagement au travail de ses membres et les protège contre tout élément extérieur défavorable [43].

En accord avec un éclairage psychanalytique, la psychodynamique postule une empreinte de l'inconscient dans les motivations et les agissements de l'homme au travail, « épreuve privilégiée de la subjectivité par elle-même », et reconnaît un rôle actif au travailleur via « sa place de témoin privilégié de sa situation de travail, à partir de laquelle il peut penser son rapport au travail, en trouver le sens, mais aussi agir sur cette réalité pour la rendre la plus conforme possible à ses besoins, à ses désirs et donc opérante dans la construction de son identité au travail » [44].

François Sigaut, anthropologue du travail, identifie 3 pôles fondamentaux : Réel, Ego et Autrui, dont la cohésion permet l'élaboration identitaire considérée comme le « noyau de la santé mentale » ; au contraire de la personnalité, il s'agit d'un processus mouvant qui débute dans la sphère privée par la quête affective et se poursuit dans le milieu socio-professionnel par la reconnaissance de l'autre, relevant de 2 ordres : le jugement d'utilité porté par la hiérarchie et le jugement de beauté émanant des pairs. Le sujet (Ego) nécessite dans l'exercice de sa fonction la confrontation au regard de l'autre (Autrui) et au principe de réalité (Réel). Lorsque l'un des pôles se montre défaillant, le risque de souffrance apparaît. Un sujet ancré dans le réel mais coupé de la reconnaissance d'autrui serait ainsi renvoyé à une « aliénation sociale », qui recouvrirait la majorité des situations de psychopathologie du travail qualifiées parfois de « pathologies de la solitude » [42,44].

L'activité professionnelle est à l'inverse considérée équilibrante lorsqu'elle soutient la quête identitaire de l'individu, en lui offrant un accomplissement de soi et une voie de décharge pulsionnelle adaptée de ses désirs et aspirations. Elle se montre également structurante si elle

permet l'expression d'une certaine créativité et des compétences du sujet, l'écart entre travail prescrit et travail réel devant lui accorder une marge d'autonomie satisfaisante au travers d'une souplesse de l'organisation de l'activité [44].

Les travaux de Dejours définissent également le concept de « normalité souffrante », à savoir que la plupart des travailleurs considérés comme sains d'un point de vue psychopathologique (par opposition aux malades mentaux) ne sont pour autant exempts de toute douleur psychique « infra-pathologique », qui serait en fait compensée « de façon acceptable par de multiples stratégies défensives ». La santé serait en définitive « une conquête difficile, jamais définitivement acquise, toujours à reconstruire » [45].

Le plaisir au travail découlerait de la sublimation, mécanisme de défense efficient défini par la psychanalyse, qui consiste au déplacement d'un désir insatisfait sur un objet socialement valorisé ; il est renforcé par la coopération, la solidarité et la confiance déployées par le collectif et permet d'asseoir la construction identitaire [43]. Les règles partagées du métier viennent organiser l'activité et développer le sentiment d'appartenance au groupe et de reconnaissance d'autrui ; elles sont de 4 types : sociales (manière de vivre ensemble), langagières (« jargon » professionnel), techniques (façons de faire sur le terrain) et éthiques (bonnes et mauvaises pratiques) [4].

Mais les stratégies défensives peuvent également s'avérer délétères à un niveau individuel d'une part : une hyper-adaptation du sujet aux situations de souffrance risquerait d'engendrer au point de rupture le dépassement de ses capacités, se traduisant volontiers par des somatisations en premier lieu ; d'autre part, au niveau collectif, nous pouvons assister à des conduites ordaliques de déni de la réalité visant à conjurer les angoisses, ou encore à une radicalisation sous forme d'idéologie qui valorise certains comportements de référence,

devant être adoptés par tout travailleur sous peine de se voir marginalisé et exclu du groupe : c'est le principe de coalition contre un ennemi commun [4, 44].

Dans la lignée des travaux précurseurs de Dejours, le médecin de santé publique canadien Vezina résume l'approche psychodynamique comme l'étude du sens que revêt son travail pour un individu, pris dans cette activité qui s'articule autour de 3 dimensions : utilitaire, intersubjective et intrasubjective [44].

Au-delà de la nosographie classique, il est intéressant d'envisager le burn out sous l'angle de la psychodynamique du travail, en tant que trouble résultant d'un conflit opposant un sujet animé par certaines aspirations en lien avec son histoire personnelle à l'épreuve de réalité de son métier.

2.6. MODELISATIONS

2.6.1. STRESS : DE SELYE A LAZARUS ET FOLKMAN

Ainsi que nous l'avons évoqué précédemment, le syndrome d'épuisement professionnel résulte d'un stress chronique, notion que nous nous proposons de développer plus avant : l'étymologie latine (« stringere ») signifie « étreindre, serrer, lier » tandis que le terme lui-même d'origine anglophone renvoie à l'idée d'étirement (« stretch ») [4].

Le stress désigne ainsi littéralement la tension exercée sur un objet et entraînant sa déformation, ainsi que le mécanisme d'adaptation à une contrainte physique donnée : par extension, il est progressivement appliqué au domaine psychologique dans lequel il recouvre en fait les conséquences - de connotation négative le plus souvent - du phénomène. En 1928, le neurophysiologiste américain Cannon le définit comme un ensemble de « stimuli aussi bien

physiques qu'émotionnels en rapport avec l'organisation sociale et industrielle », tandis que la recherche d'équilibre visée par ces réactions est qualifiée d' « homéostasie », « ensemble de processus dynamiques visant à la maintenance du milieu interne » [39].

Les travaux fondateurs de la théorie du stress viennent ensuite de Selye, médecin chercheur du XXème siècle, qui identifie une double réponse de l'organisme aux situations de stress : l'une spécifique, adaptée à la demande environnementale, l'autre non spécifique, innée et immuable, qu'il qualifie plus tard de syndrome général d'adaptation.

Ce dernier comporte 3 phases :

1) l'alerte, sous médiation de l'adrénaline, qui fait suite au déséquilibre créé par un agent stressant, qu'il soit « animé (bactérie), physique (froid), chimique (poison), lésionnel (hémorragie) ou psychique (émotion) » [46] ; cette réaction du système orthosympathique a pour fonction de préparer l'organisme à l'action (« fight or flight »), en augmentant la fréquence cardio-respiratoire et la pression artérielle, en shuntant la circulation périphérique au profit de la centrale, ... [37]

2) la résistance avec mobilisation des ressources de l'individu pour s'adapter, entraînant une augmentation délétère de l'activité corticosurrénalienne ; une personne est ainsi considérée en état de stress chronique lorsque le cortisol induit un impact en cascade sur le système hormonal : diminution de l'insuline avec risque de décompensation diabétique, augmentation du cholestérol susceptible d'entraîner des troubles cardio-vasculaires, diminution de l'efficacité immunitaire [41]

3) l'épuisement lorsque les capacités du sujet sont dépassées [39].

En 1984, les professeurs de psychologie et médecine Lazarus et Folkman enrichissent de leur vision les théories du stress, considéré comme une « transaction particulière entre un individu

et une situation [...] évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être ».

Le stress effectivement perçu serait le résultat d'une double analyse :

- évaluation primaire de la situation stressante considérée ou non comme une menace, en fonction de déterminants personnels (cognitions, croyances, traits de personnalité, ...) et environnementaux (nature de l'événement, durée, ...)
- évaluation secondaire des ressources et solutions dont dispose le sujet pour y répondre, ainsi que leur efficacité attendue.

Ainsi, un individu se trouve en situation de stress lorsqu'il perçoit une menace et estime ne pas disposer des ressources nécessaires pour y remédier.

Suite à cette double évaluation, le sujet peut mettre en place une stratégie destinée à « faire face », traduit par « to cope » en anglais, dont le substantif « coping » est défini par les auteurs comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, [déployés] pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées [par la personne] comme consommant ou excédant ses ressources ». Au terme d'un an d'étude portant sur 100 sujets devant compléter tous les mois une échelle de 67 items (Ways of Coping Checklist) relative aux événements perturbateurs rencontrés et à leur gestion, Lazarus et Folkman ont décrit 2 modalités principales de coping pouvant être associées : l'une destinée à modifier la situation en cause, l'autre à réguler les réponses émotionnelles [47].

Le coping centré sur le problème a pour objectifs de réduire les exigences de la situation et d'augmenter les ressources pour y répondre ; il comprend 2 alternatives : la résolution de

problème et l'affrontement de la situation. Celui centré sur l'émotion se rapporte aux tentatives de gestion émotionnelle et comporte différents mécanismes : minimisation de la menace, prise de distance, réévaluation positive, évitement (comportements addictifs notamment), recherche de soutien émotionnel.

Le premier type de coping paraît plus adapté lorsqu'il est possible d'agir sur le stresser, tandis que le second est préférable lorsque l'on n'a pas de prise sur les événements ; parmi les stratégies de coping inefficaces, nous pouvons citer la négation de l'événement, la mise à distance, l'isolement, l'évitement, la répression des émotions négatives ou encore la pensée dichotomique ; à l'inverse sont considérées comme opérantes l'acceptation de la crise, la restitution du problème dans son contexte, la recherche d'informations et de support social, le partage des émotions négatives, l'auto-contrôle et la résolution de problèmes [48].

Nous pouvons également mentionner l'apport d'autres travaux sur le coping : Kobasa met en avant le rôle de la personnalité dans la réponse à un stress donné, avec en particulier la caractéristique protectrice de robustesse psychique ou endurance (hardiness), qui repose sur les notions suivantes :

- sens de l'engagement, soulignant la tendance proactive d'un individu à développer son potentiel et à s'impliquer pleinement dans les diverses situations rencontrées, vécues dès lors comme intéressantes et significatives
- sens du défi, selon lequel le changement, loin d'être menaçant, est envisagé comme une variable normale, stimulante et source de créativité
- sens de la maîtrise, dénotant une croyance en ses capacités personnelles de pouvoir influencer sur les événements et les faire évoluer par le biais d'actions et de prise de décisions [4].

Pearlin et Schooler considèrent de leur côté que tout un chacun dispose de ressources socio-psychologiques et de modalités de confrontation spécifiques utilisées pour modifier la situation de stress proprement dite, donner un sens à cette expérience et réduire ses effets [39].

Rotter a défini quant à lui le concept de lieu de contrôle, un sujet pouvant attribuer la raison de ses succès ou de ses échecs à des facteurs dépendant de lui (volonté propre, ...) ou non (rôle du destin ou du hasard, intervention d'un tiers, ...) : le locus de contrôle est ainsi respectivement dit interne ou externe, et constituerait un facteur protecteur vis-à-vis du stress dans le premier cas [4].

Une tendance à l'évaluation pessimiste d'une situation de stress au travail donnée, associée à un recours préférentiel à une stratégie de coping inadaptée ainsi qu'à un lieu de contrôle principalement externe apparaît de nature à favoriser le développement d'un burn out.

2.6.2. MODELE DE SIEGRIST

Il s'agit de l'une des principales théories du stress dans le domaine du travail : elle se fonde sur l'interaction entre efforts fournis et récompense reçue, en matière de rémunération comme de reconnaissance sociale. Une activité professionnelle devient ainsi potentiellement pathogène lorsque les efforts générés sont importants et la récompense faible.

Cette théorie est formalisée sous forme de questionnaire en 46 items (version courte en 23 items), dont les 6 premiers prennent en compte les efforts extrinsèques (contraintes temporelles, interruptions, responsabilité, exigences croissantes, charge physique), les 11 suivants la reconnaissance obtenue (salaire, estime, contrôle du statut avec perspectives de promotion et sécurité d'emploi), et les derniers les efforts intrinsèques correspondant à un

surinvestissement (compétitivité, besoin d'approbation, difficultés à s'éloigner du travail, hostilité, impatience, irritabilité) [49].

2.6.3. MODELE DE KARASEK

Le socio-psychologue américain Karasek a quant à lui développé en 1979 la seconde approche fondamentale du stress au travail. Selon lui, le risque de survenue d'une tension psychique (job strain) chez un sujet est maximal lorsqu'il est soumis à de fortes exigences associées à une latitude décisionnelle et un soutien social faibles. Notons que cette troisième caractéristique est venue compléter l'approche initiale demande/latitude suite aux travaux de Johnson ; elle se réfère au support de la hiérarchie et des collègues, mais également de l'entourage privé familial et amical.

Les différentes dimensions du modèle sont explorées dans le questionnaire de Karasek comportant 26 items : 9 s'appliquent à la demande psychologique à travers les notions de quantité-rapidité, complexité-intensité et morcellement-prévisibilité ; 9 évaluent la latitude décisionnelle avec les concepts de marge de manœuvre, utilisation et développement des compétences ; 8 se rapportent au support social à travers le soutien professionnel et social manifesté par les pairs et la hiérarchie [50].

Sont ainsi définis 4 profils principaux :

- le travail actif associant exigences et contrôle élevés
- le travail passif associant exigences et contrôle faibles
- le travail stressant associant exigences élevées et contrôle faible
- le travail peu stressant associant exigences faibles et contrôle élevé.

Sur le plan de la reconnaissance au travail, nous retrouvons le concept complémentaire d'impression de cohérence (sense of coherence), décrit initialement par Antonovsky en 1987. S'appuyant sur le modèle de Karasek, Söderfeldt identifie une corrélation entre la combinaison forte demande/faible contrôle du travail et la diminution de l'impression de cohérence. Ce facteur peut être calculé par l'outil du Demand Control Support, évaluant l'équilibre entre exigences, contrôle, soutien et relations au travail [51].

Notons que selon un écrit canadien, la majorité des PH, notamment en milieu universitaire, se reconnaîtrait dans la catégorie du travail stressant selon le modèle de Karasek [52].

2.6.4. MODELE DE CONSERVATION DES RESSOURCES D'HOBFOLL

Professeur de psychologie, il établit en 1989 que les théories du stress précédemment développées sous-estiment généralement la tendance naturelle des individus à œuvrer activement pour leur bien-être personnel, en cherchant à obtenir puis à conserver des ressources propres ; il se représente le sujet non pas dans une attente passive face aux situations de stress potentielles, mais au contraire dans une dynamique proactive de coping utilisant ses ressources.

Celles-ci renvoient aux objets, conditions ou caractéristiques personnelles valorisés par l'individu qui lui permettent d'obtenir et protéger ce qu'il apprécie ; Hobfoll en recense 74, réparties en 4 catégories constitutives de l'insertion d'un sujet dans un système social donné : compétences personnelles (assertivité, lieu de contrôle, estime de soi, ...), possessions associées au statut socio-économique (biens mobiliers, voiture, ...), conditions de vie acquises ou transmises favorables au gain de ressources (stabilité affective, financière ...), et formes

énergétiques permettant les échanges et circulations dans les 3 autres catégories (argent, réseau social, ...).

Hobfoll postule donc que la réaction de stress se produit chez un individu lorsqu'il y a menace, perte effective ou encore déséquilibre entre son investissement et son gain en matière de ressources [53].

2.6.5. APPROCHE TRANSACTIONNELLE DE CHERNISS

Ce psychologue américain identifie le développement du syndrome d'épuisement professionnel comme une interaction en 3 étapes entre l'individu et son environnement :

- 1) un stress est perçu, résultant d'un déséquilibre entre exigences du travail et ressources individuelles (personnelles et organisationnelles)
- 2) une réponse est alors apportée à ce déséquilibre, sous la forme d'une tension (« strain ») marquée par une asthénie, une anxiété et un effondrement émotionnel
- 3) surviennent enfin des modifications comportementales caractéristiques [54].

2.6.6. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE PINES

Cette psychologue clinicienne israélienne s'appuie sur un modèle existentiel de l'épuisement professionnel, présupposant la quête fondamentale de sens d'un individu dans l'exercice de son métier. La réalisation dans le travail est l'une des voies actuelles permettant à un individu de trouver un sens à sa vie, fonction assurée autrefois par la religion. Les travailleurs idéalistes et motivés seraient particulièrement confrontés au burn out, car « avant d'en arriver à être consumé, l'on doit d'abord s'enflammer » [55] ; ces mêmes personnes se fixeraient volontiers de surcroît des exigences personnelles élevées et des buts difficilement accessibles.

Selon l'auteur, l'environnement professionnel apparaît également déterminant dans le développement du trouble : un entourage étayant et soutenant favoriserait en effet l'atteinte des objectifs et des attentes de la personne, en renforçant son sentiment d'efficacité et d'identité.

Le stress au travail, a fortiori le syndrome d'épuisement professionnel, a fait l'objet de diverses modélisations qui théorisent l'émergence du trouble. Les modèles de Siegrist et Karasek sont particulièrement utilisés comme référentiels.

3. CONSEQUENCES

3.1. RETENTISSEMENT INDIVIDUEL

3.1.1. AU PLAN PHYSIQUE

Nous ne reviendrons pas sur le cortège de symptômes aspécifiques précédemment développé, mais nous nous proposons d'aborder deux points d'impact somatiques particulièrement étudiés, à savoir le sommeil et le métabolisme.

3.1.1.1. Troubles du sommeil.

En 1999, une étude a mis en évidence le retentissement du burn out sur le sommeil, en relevant chez des sujets exposés depuis plus de 6 mois les tendances suivantes : difficultés d'endormissement et de lever, réveil matinal précoce, intermittences au cours de la nuit [56]. Des travaux de 2003 suggèrent de plus qu'il existerait une relation effet-dose, les troubles du sommeil s'intensifiant avec le degré d'épuisement professionnel [57].

Si plusieurs travaux s'intéressant à l'impact du burn out sur la durée de sommeil identifient un raccourcissement, une étude lituanienne a quant à elle établi une corrélation inverse : les médecins davantage touchés par l'épuisement professionnel sont ceux qui dorment le plus [58]. Nous pouvons supposer qu'au-delà du nombre d'heures de sommeil, il s'agit plutôt de la qualité de celui-ci, une hypersomnie avec clinophilie pouvant être l'équivalent d'une insomnie.

Outre cet aspect subjectif, la sensation de fatigue étant fréquemment rapportée spontanément par les sujets en burn out, des modifications objectives significatives ont été identifiées sur le

plan physiologique : une étude cas-témoins suédoise a mis à jour au cours d'enregistrements polysomnographiques une fragmentation du sommeil, une augmentation des éveils et de la durée totale de stade 1 (phase de somnolence), ainsi qu'une diminution des ondes lentes. Ces observations sont corrélées aux plaintes subjectives des sujets sur leur qualité de sommeil et leur état de fatigue, notamment leur somnolence diurne qui ne semble pas améliorée le week-end contrairement à la population générale [59].

3.1.1.2. Troubles biologiques.

Une étude a montré un risque relatif (RR) accru de développement d'une pathologie cardiovasculaire (RR = 3,1 pour les hommes et RR = 3,4 pour les femmes), sous-tendu par un dysfonctionnement métabolique : une dérégulation de l'axe hypothalamique impliqué dans la sécrétion de cortisol entraînerait en effet une augmentation du cholestérol total, du LDL et des triglycérides [60]. D'autres explorations physiopathologiques suggèrent l'association au burn out d'un taux bas de BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor), régulateur de la plasticité neuronale impliqué dans le stress, d'un taux circulant accru des cytokines de l'inflammation, ou encore d'une diminution du total de lymphocytes et des CD3/4/8 chez les médecins dont l'accomplissement personnel est réduit [61].

Il convient toutefois de nuancer ces résultats étant donné le caractère aspécifique des paramètres biochimiques cités et l'hétérogénéité des divers travaux effectués : une méta-analyse récente de 31 études portant sur 38 biomarqueurs potentiellement impliqués n'a ainsi pas validé d'association statistiquement significative au syndrome d'épuisement professionnel [62].

Enfin, depuis une vingtaine d'années environ, des études menées sur le stress humain se sont particulièrement intéressées aux propriétés du cortisol : stéroïde capable de traverser facilement la barrière hémato-encéphalique et d'atteindre le système nerveux central en presque huit minutes, il agit notamment sur l'hippocampe impliqué dans l'apprentissage et la mémoire ; chez les sujets produisant trop de cortisol, cette zone cérébrale serait atrophiée de 14 % par rapport à la normale. En situation de stress chronique induisant une exposition prolongée au cortisol, des modifications des capacités d'adaptation et de contrôle de l'imprévisibilité pour raient survenir. D'autres travaux de recherche ont également identifié un lien de causalité entre cette hormone et le présentéisme inefficace : les capacités cognitives d'une personne sont significativement inhibées par le stress chronique, sous médiation du cortisol, ce qui induirait une baisse de productivité de l'individu [41].

3.1.2. AU PLAN AFFECTIF ET COMPORTEMENTAL

L'enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) en Ile-de-France rapporte une association significative de l'épuisement professionnel à une sensation de fragilité psychologique (8, 5 %) et à une confrontation aux difficultés d'ordre affectif (13, 2 %) [63].

Des complications apparaissent sur le plan des relations interpersonnelles professionnelles, le sujet atteint voyant son seuil de tolérance et de patience largement abaissé face aux sollicitations de ses collègues ; l'ambiance de travail se dégrade, alimentant de fait le cercle vicieux du processus.

Les capacités d'ajustement relationnel du soignant s'amenuisent, qu'il s'agisse d'interactions avec ses pairs ou ses patients ; la « bonne distance » thérapeutique devient progressivement hors d'atteinte, cédant la place à une froideur, un cynisme, une réification des malades à un

numéro de chambre ou une pathologie [4]. Ce surinvestissement du concret, associé aux mécanismes de rationalisation, distanciation, isolement ou encore déni, constitue une stratégie de coping passive fréquemment adoptée en situation d'épuisement professionnel : au même titre que l'évitement, la résignation et le retrait psychologique, ce mode d'agir sur un registre purement opératoire permet de protéger le sujet en bloquant sa réflexion et l'afflux de ses émotions [4].

De plus, si le syndrome se déploie essentiellement dans la sphère professionnelle, la labilité émotionnelle, l'irritabilité, l'auto-dépréciation ou encore les affects dépressifs l'accompagnant, sont susceptibles de retentir à moyen et long terme sur la vie privée du sujet concerné, en entraînant des conflits intrafamiliaux. En parallèle d'un hyper-activisme inefficace au travail, l'individu se révèle moins présent pour son entourage, la communication se raréfie et les accès de colère soudains se multiplient. Ces tensions au sein du foyer vont renforcer à leur tour la symptomatologie initiale, et accroître le risque de développement des comorbidités anxio-dépressives [20] ; l'étude du Dr Yves Léopold, vice-président de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), recense ainsi le divorce comme l'un des marqueurs du risque suicidaire des médecins (identifié dans 50 % des cas de la cohorte) [64].

3.1.3. COMORBIDITES

3.1.3.1. Addictions.

L'épuisement professionnel favoriserait le développement de comportements addictifs : en concordance avec les résultats de l'étude internationale European General Practice Research Network (EGPRN) [65], l'URML Ile-de-France [63] relève ainsi une consommation éthylo-tabagique et médicamenteuse largement supérieure chez les médecins atteints de burn out

comparativement aux autres (respectivement 13,4 % contre 1,4 % et 18,3 % contre 2 %) [24]. Les substances seraient employées majoritairement pour apaiser les symptômes liés à l'épuisement émotionnel, cette corrélation s'avérant d'autant plus forte que le niveau de charge émotionnelle augmente [66].

Divers travaux se sont intéressés à l'abus de substances chez les médecins en général, et ce dès la fin du XIX^{ème} siècle avec William Osler rapportant au sujet de la morphine qu'il s'agit d'une « habitude surtout présente chez les femmes et les médecins qui se font des injections sous-cutanées pour soulager les douleurs telles que névralgies ou sciatiques » [67]. Plusieurs études s'accordent sur l'association de pathologies somatiques aux conduites de dépendance chez les médecins, postulant une dérive progressive d'une prescription initialement thérapeutique vers un mésusage à visée anxiolytique, entraînant des schémas d'auto-prescription puis d'utilisation régulière [68].

Une étude de 2002 portant sur 400 médecins hospitaliers de Genève relève l'usage d'anxiolytiques chez 24 % des sujets, de façon pluri-hebdomadaire pour 20 % d'entre eux et dans le but d'améliorer leurs performances professionnelles dans plus de 50 % des cas. Le même objectif serait recherché sur le plan des antalgiques, avec 12 % des médecins de l'échantillon utilisant des non-opiacés plus d'une fois par semaine, et des opiacés ou dérivés pour 6,6 %.

La prise d'antidépresseurs s'observe dans 4,6 % des cas étudiés, à visée thérapeutique exclusive pour la moitié d'entre eux et partiellement ou totalement instrumentale pour l'autre moitié.

59 % des médecins prennent du café pluri-quotidiennement dans une optique instrumentale, tandis que 17 % fument, quotidiennement le plus souvent, pour des raisons instrumentales à 36 %. Le cannabis ne concernerait que 5 % des sujets.

Les seules associations statistiquement significatives avec un stress élevé et un seuil de santé mentale abaissé concerneraient les anxiolytiques/sédatifs et les antalgiques non opiacés [68].

Une enquête, sous forme d'auto-questionnaire adressé à 199 médecins hospitaliers du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille, a relevé la prise d'un psychotrope due au travail chez 26 % des praticiens, quotidiennement pour 2 % d'entre eux et plus d'une fois par mois pour la moitié. Ces résultats ne seraient pas associés aux variables de l'âge, du sexe ou du type de spécialité, mais il existerait en revanche un lien significatif entre la consommation de psychotropes dans le cadre professionnel et la dimension d'épuisement émotionnel du burn out, ce d'autant que son degré est élevé [66].

Certaines analyses relèvent par ailleurs un usage de produits chez les médecins supérieur à celui de la population générale [69,70], associé à un RR de dépendance multiplié par 30 à 100 [71]. Certains registres de mortalité par cirrhose hépatique (3 fois supérieure à celle retrouvée en population générale) permettent une évaluation indirecte des conduites d'alcoolisation [72], considérée comme l'addiction la plus fréquente : une enquête américaine sur les habitudes de consommation de 3000 médecins en troisième année d'assistantat recense ainsi l'emploi de l'alcool à 93 %, de la marijuana à 17 %, du tabac à 12 %, des benzodiazépines à 10 %, de la cocaïne à 5,4 %, d'autres opiacés à 2,4 %, d'amphétamines à 1,5 %, de substances psychédéliques à 0,8 %, de barbituriques à 0,5 % et d'héroïne à 0,1 % [69]. En cas d'addiction aux opiacés ou cocaïne avérée, celle-ci serait plus importante qu'en population générale [73].

D'autres recherches américaines ont étudié les habitudes en fonction des spécialités [75], identifiant une consommation accrue en particulier chez les psychiatres (avec une prédilection pour les benzodiazépines), les urgentistes (produits illicites) et les anesthésistes (opiacés).

Une étude finlandaise sur le stress et le burn out s'est également intéressée aux habitudes concernant l'alcool chez les médecins. Les variables associées à une consommation augmentée sont un âge plus élevé, un désappointement vis-à-vis de la carrière, un fort tabagisme, un usage de benzodiazépines, des idées suicidaires, une insatisfaction générale, et des symptômes de stress et burn out. Les plus concernés seraient les médecins travaillant en centres de santé communautaire, ceux prenant de longs arrêts maladie, les jeunes médecins désenchantés de leur carrière et conditions de travail, et les médecins plus âgés submergés de travail. La dépendance semble corrélée au stress et au burn out, et la consommation globalement plus élevée qu'en population générale [76].

En France, ces données de surexposition addictive du corps médical paraissent plus controversées : ainsi, si l'éthylisme constitue probablement la dépendance la plus répandue chez les médecins, sa prévalence ne serait pas nécessairement plus importante que celle de la population générale [77,78,79].

Les baromètres de santé des généralistes publiés entre 1994 et 2003 suggèrent même que les médecins seraient moindres consommateurs à catégorie socioprofessionnelle équivalente [80, 81,82], tandis qu'une enquête diligentée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2008 estime qu'ils tiendraient davantage compte des risques liés à l'alcool que les professions dites intellectuelles et d'encadrement [77].

Notons cependant que nombre d'études émettent une réserve quant à l'exactitude des données collectées, présumant une sous-estimation certaine du nombre de cas réels, sur le principe de désirabilité sociale de la réponse attendue. Nous pouvons également relever que la dépendance à l'alcool constitue l'un des marqueurs du risque suicidaire des médecins, comme

l'ont montré les études de Ross (facteur présent pour 40 % des médecins suicidés) [83] et Léopold [64].

Concernant le tabagisme, une étude lituanienne a établi un lien significatif avec le syndrome d'épuisement professionnel [58]. Notons cependant qu'il y aurait un moindre taux de fumeurs parmi les médecins comparativement à la population générale [84], comme aux autres personnes ayant effectué des études supérieures [37]. Certains travaux ont ainsi montré un ratio de mortalité standardisé moins élevé pour les pathologies en lien avec cette consommation dans le corps médical [68,73].

3.1.3.2. Anxiété et dépression.

Le syndrome d'épuisement professionnel serait un terrain propice au développement d'un trouble dépressif ou anxieux avéré. Plusieurs travaux se sont intéressés à l'occurrence de ces pathologies au sein du corps médical. La littérature indique que le travail de médecin hospitalier induit un risque de développer un trouble mental ; en général la pression professionnelle et la demande psychologique élevées sont des facteurs prédictifs de troubles psychiques [85,86,87].

La question de l'anxiété est le plus souvent abordée conjointement à d'autres facteurs, notamment la dépression : une enquête de Caplan suggère que la moitié des médecins serait concernée par l'un ou l'autre de ces troubles, contre 26 % de la population générale [88]. Nous pouvons mentionner une étude plus spécifique de Murray concernant 810 sujets, relevant que les médecins cliniciens seraient plus anxieux que la population générale, mais également que leurs confrères de spécialités supposant de moindres contacts avec la patientèle (telles l'anatomopathologie par exemple). Cette donnée supplémentaire tend à rappeler la charge psychique et émotionnelle directement liée à la relation d'aide [68].

A force d'exposition à la souffrance, la maladie, la mort, l'urgence et les demandes multiples des patients, les médecins courent le risque de développer des symptômes dépressifs [87,89, 90].

Une étude américaine indique que la dépression constituerait leur principal motif d'hospitalisation en psychiatrie [91]. En Grande-Bretagne et au Canada, respectivement près de 19 % et 29 % des médecins généralistes seraient également affectés [92,93], tandis qu'en France environ un médecin sur trois serait déprimé, soit deux fois plus qu'en population générale [94].

Plusieurs travaux s'accordent en outre sur le risque particulier lié au sexe féminin : la prévalence de la dépression serait en effet plus élevée chez les femmes médecins comparativement à celles titulaires d'un autre doctorat (51 % contre 32 %), mais également à leurs propres confrères masculins. De plus, au sein même de la corporation féminine, les psychiatres sembleraient davantage concernées que leurs consœurs (73 % contre 46 %) [95].

Si ces troubles sont fréquents, ils seraient cependant sous-traités, qu'il s'agisse d'un défaut de reconnaissance engendré par une certaine propension au déni, ou d'une réticence à évoquer le sujet et à demander ainsi une prise en charge spécialisée [96]. Dans l'exigeant milieu médical, les troubles anxieux (attaques de panique et troubles obsessionnels compulsifs en particulier) peuvent paraître inavouables pour certains : comme le déclare Watzlawick, « l'une des manières de ne pas résoudre un problème est de faire comme s'il n'existait pas » [4].

Cette problématique d'accès aux soins émergerait dès le début de la formation médicale : selon une étude américaine, seuls 22 % des étudiants concernés auraient consulté un service de soins et 42 % des déprimés présentant des idéations suicidaires auraient reçu un traitement,

les principaux freins à une prise en charge étant le manque de temps et de structures adaptées, ainsi que le risque de stigmatisation et de notification au dossier universitaire [97].

Les signes d'alerte étant aisément négligés au regard d'une volonté de maintenir une activité professionnelle au potentiel pathogène croissant, nous pouvons aisément comprendre la chaîne associative susceptible de mener les médecins d'un burn out à un EDM, voire un passage à l'acte suicidaire, dont le risque serait augmenté par le retard de prise en charge inhérent au statut particulier du médecin-malade.

3.1.3.3. Suicide.

Vers 1858, les premières données attribuées à une équipe de chercheurs britanniques sont accueillies avec « honte, embarras et mépris » [16]. Il faudra finalement attendre environ un siècle avant d'assister à un développement international de travaux sur le sujet.

Au Danemark, une étude de Linhardt de 1963 [98] identifie ainsi un RR de suicide de 1,5 par rapport à la population générale sur un groupe de 67 médecins décédés par autolyse. Ces observations sont ensuite relayées aux Etats-Unis où Craig et Pitts [99] mettent en avant en 1968 un risque quasi-équivalent pour les praticiens hommes, mais multiplié par 4 pour les femmes sur un total de 228 passages à l'acte ; en 1973, Rose et Rosow [100] rapportent sur une cohorte de 49 suicidés un doublement du risque vis-à-vis de la population californienne, résultats confirmés un an plus tard par Steppacher et Mausner [101] qui identifient sur un groupe de 530 suicidés un RR de 1,2 pour les praticiens hommes et de 3,2 pour les femmes en comparaison à la population américaine générale. Des données équivalentes sont retrouvées par Pitts [102] en 1979 sur une cohorte de 592 médecins décédés par autolyse, avec un risque non significativement augmenté pour les hommes mais de 3,6 pour les femmes.

De 1986 à 1990, des études de Bamayr et Feuerlein en Haute-Bavière [103], Arnetz en Suède [104] et Schlicht en Australie [105] font état respectivement sur des groupes de 94, 42 et 13 médecins suicidés d'un risque pour les hommes et les femmes de 1,6/3, 1,2/5,7 et 1,1/5.

En Finlande, Lindeman [106] publie en 1997 des chiffres de 0,9 pour les médecins hommes et 2,4 pour les femmes sur 194 suicidés. En Grande-Bretagne, Hawton retrouve également en 2001 un RR inférieur à 1 pour les hommes mais multiplié par 2 chez les femmes sur une cohorte de 223 [107].

En France, la question n'a pas été soulevée avant 2003, suite à l'observation par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) d'un pourcentage très élevé de mortalité par suicide chez les médecins du Vaucluse, à savoir 50 % (11 sur les 22 sujets décédés recensés par l'enquête). Dans ce sillage, une étude de plus large ampleur a été menée sur 42137 médecins de 26 départements distincts, âgés de 35 à 65 ans : là encore, nous retrouvons une incidence suicidaire inquiétante de 14 % contre 5,6 % pour la tranche d'âge comparable de la population. Yves Leopold en est venu à déclarer que le suicide serait l'expression ultime du burn out [4].

L'enquête du Vaucluse [64] a en outre permis de mettre en évidence 5 marqueurs de dépistage et de prévention du risque suicidaire, que sont les conduites addictives (alcool et médicaments) et le divorce dans 50 % des cas, les difficultés financières et les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaux subis ou provoqués dans 30 % des cas, et les maladies physiques ou psychiques dans 25 % des cas. Au moins l'un de ces marqueurs serait retrouvé pour 100 % des médecins suicidés, au moins 2 pour 90 % d'entre eux et au moins 3 pour 80 %.

Durant la même période, les travaux d'un collège de 15 experts de l'American Foundation for Suicide Prevention aboutissent à la publication d'une conférence de consensus, dressant notamment le profil du médecin à risque suicidaire élevé : il s'agirait d'un homme d'au moins 50 ans ou d'une femme d'au moins 45 ans, célibataire ou séparé, aux antécédents notables sur le plan psychiatrique (dépression, troubles anxieux, addictions alcool/drogue/travail) et/ou somatique (douleurs chroniques, pathologies invalidantes), ayant un accès privilégié aux médicaments ou armes à feu, et dont le statut professionnel serait insécure (problèmes financiers, augmentation des demandes, changement de fonction, ...) [108].

Une étude de Schernhammer a par ailleurs établi que les médecins réaliseraient davantage de suicides aboutis que de tentatives, comparativement à la population générale [109]. De même, les idéations suicidaires seraient plus fréquentes [110,111,112], ce dès la première année de médecine [113] ; il existerait par ailleurs une association significative entre idées suicidaires, longues heures de travail, anxiété importante et stress au travail [114].

Les travaux d'Hawton en 2001 ont également identifié une surreprésentation du recours à l'intoxication médicamenteuse volontaire dans le corps médical, à hauteur de 54,8 % chez les hommes et 64,5 % chez les femmes contre 19,5 % et 46,8 % en population générale, ce qui s'expliquerait notamment par un accès facilité à ce moyen léthal ainsi qu'une meilleure connaissance pharmacologique et physiologique [115]. Le même auteur a de plus identifié certaines spécialités particulièrement concernées : les anesthésistes avec un risque multiplié par 7 par rapport aux autres médecins pris en référence, les psychiatres avec un risque quintuplé et les généralistes avec un risque triplé [107]. Des résultats concordants ont été observés par Leopold, relevant que les médecins les plus touchés seraient des femmes exerçant les spécialités d'anesthésie, de psychiatrie, de médecine générale et d'ophtalmologie [64].

En accord avec la symptomatologie présentée en cas de burn out, des conséquences physiques et psychiques apparaissent progressivement chez le sujet atteint. Dans les cas d'atteintes les plus sévères, des comorbidités psychiatriques sont susceptibles de se développer, plaçant le burn out dans un continuum pathologique menant du stress à la dépression, voire au suicide.

3.2. RETENTISSEMENT INSTITUTIONNEL

3.2.1. IMPACT QUALITATIF SUR LES SOINS

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le syndrome d'épuisement professionnel du soignant entraîne un certain degré d'irritabilité et de cynisme, ainsi qu'une baisse des capacités d'empathie, qui s'intègrent notamment dans la dimension de déshumanisation de la relation à autrui. Dans un rapport de recherche de l'URML de Bourgogne, le tiers des médecins interrogés reconnaît ainsi une tendance à ne plus considérer les patients en tant que personnes, tandis qu'une enquête comparable en Champagne-Ardenne avance que près de la moitié du corps médical déclare avoir parfois « des attitudes très négatives avec les patients » [116,117]. Ce constat est regrettable tant nous connaissons l'attachement de nos patients à l'aspect relationnel de notre profession : n'est-il pas fréquent de les entendre mettre en opposition le côté « humain » et « technique » des praticiens ?

Le duo médecin-patient se défait donc progressivement, le soignant s'employant dans un souci d'économie psychique à maintenir une distance interpersonnelle certaine : les consultations tendent à être écourtées, les explications se raréfient et se ponctuent volontiers d'un jargon hermétique au soigné. Ce comportement pourrait cependant ne pas affecter

systématiquement la relation, notamment lorsqu'une alliance thérapeutique existe de longue date [3].

Quelques données chiffrées de ce retentissement existent : la dégradation de la relation médecin-patient est citée comme l'une des conséquences du syndrome d'épuisement professionnel par 59,6 % des praticiens d'une analyse du CHU de Toulouse [118] ; une étude de Combot [93] sur les conséquences du stress chronique des médecins, relayée par d'autres travaux [119,120], parle de l'atteinte de la relation médecin-malade, qu'il s'agisse de manifestations d'irritabilité (40 %) ou d'une diminution qualitative des soins (50 %), notamment entraînée par l'apparition d'erreurs (9 % dont 2 % potentiellement létales).

Concernant les internes, une étude américaine de 2008 avance au contraire que les sujets en situation d'épuisement professionnel feraient moins d'erreurs médicales que les autres, ce qui s'expliquerait par les traits de perfectionnisme volontiers rencontrés chez les candidats au burn out. En revanche, les sujets électifs aux critères de dépression seraient à l'origine de 6 fois plus d'erreurs [121].

En 2007, les travaux de Pittaco portant sur 92 internes de médecine générale en burn out mettent en évidence certains facteurs susceptibles d'influer sur la qualité de la prise en charge médicale, à savoir une diminution d'appétence à l'apprentissage, avec notamment moins de lecture de revues médicales, ainsi qu'une moindre aptitude supposée de réflexion sur des cas médicaux complexes [122].

Dans la profession médicale où la relation d'aide est au cœur de la pratique, le syndrome d'épuisement professionnel génère une altération de l'alliance thérapeutique préoccupante.

3.2.2. IMPACT QUANTITATIF SUR LES SOINS

3.2.2.1. Retentissement financier.

Au-delà de l'atteinte de la sérénité du médecin et de la qualité des soins qu'il dispense, le burn out engendre des conséquences d'ordre financier, l'augmentation des dépenses de santé, y compris indirectes, étant relevée dans la littérature à 42,3 % [118]. Les journées indemnisées par la CARMF, concernant les arrêts supérieurs à trois mois, ont notamment augmenté de 12 % en 2001 et de 6,5 % en 2002 [116]. En 2009, un rapport de l'institution a établi que les troubles psychiatriques représenteraient la première cause d'invalidité définitive (soit 39,76 % des médecins concernés), devant les pathologies neurologiques (13,74 %), oncologiques (11,49 %) et cardiovasculaires (10,57 %) ; selon cette même enquête, 319 médecins auraient perçu cette année-là des indemnités journalières (IJ) pour motif psychique (17,14 %), mais les affections liées aux cancers demeuraient la principale cause d'arrêt de travail (soit 34,44 % des IJ perçues) [24].

Un autre déficit de revenus alimentés par l'activité médicale proviendrait du fait que tous les médecins n'exercent pas à temps plein. Une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a montré que 62 % seulement des inscrits en tant que généralistes travaillent à 100 %. Cette conjoncture crée de plus des conditions favorables au burn out « par ricochet » [4] : dans les « déserts médicaux » où les rares médecins établis sont déjà sous tension, il est possible d'imaginer qu'il suffit d'un départ ou d'une baisse d'activité de l'un des confrères pour menacer l'équilibre des autres [123,124]. Il en est de même dans les services hospitaliers où l'absence prolongée d'un praticien impacte une organisation médicale fonctionnant déjà régulièrement en flux tendu.

3.2.2.2. Départ prématuré.

Un autre corollaire du syndrome d'épuisement professionnel s'observe dans le phénomène de reconversion professionnelle. Une enquête sur le moral des médecins et leur démotivation aurait ainsi établi que « 47 % d'entre eux sont prêts à changer d'activité. En cas de cessation d'activité, 4 % s'orienteraient vers une activité médicale salariée, 25 % changeraient de profession, 23 % choisiraient la retraite anticipée. Les motifs de cette profonde dépression sont connus : une surcharge de travail » [125,126].

D'autres travaux corroborent ces faits : selon l'EGPRN, 32,4 % des médecins interrogés déclarent avoir l'intention de changer de métier [65] ; la moitié des généralistes franciliens de l'enquête URML veulent modifier profondément leur exercice, voire changer de profession [120] ; 4 % des médecins de l'étude de Truchot souhaitent changer de métier dans l'année, près d'un tiers envisage de le faire sans date précise, et ces mêmes professionnels présentent par ailleurs un score de burn out élevé [127]. Zeter avance des résultats comparables, avec 3,74 % des médecins désirant se reconvertir dans l'année et 33,06 % à plus ou moins long terme, invoquant comme motif principal l'organisation du travail et ses risques associés [128].

En Suède, un médecin sur dix déclare souhaiter abandonner la profession, tandis qu'un hospitalier sur trois serait en demande d'une nouvelle affectation. En France, l'étude Santé Et Satisfaction des Médecins au Travail (SESMAT) a montré que près de la moitié des médecins hospitaliers interrogés pense plus ou moins régulièrement changer de métier, et 18,7 % d'entre eux n'imaginent pas exercer cette activité jusqu'à leur retraite [129]. Dans les hôpitaux universitaires, plus d'un chef de service sur trois désirerait remettre ses fonctions, alors qu'environ un praticien sur deux refuserait cette promotion si elle lui était proposée. Les missions des chefs de service seraient en effet de plus en plus exigeantes, qu'elles relèvent de

la gestion financière et relationnelle ou encore de l'activité de recherche et enseignement. Parallèlement leur latitude décisionnelle se trouve réduite par le pouvoir grandissant de la direction administrative de l'institution [37].

Au-delà du retentissement financier lié aux indemnités d'arrêt et d'invalidité, le syndrome d'épuisement professionnel des médecins se traduit par une vague de départs anticipés aux conséquences dommageables : discontinuité des soins, instabilité de la relation médecin-patient, éventuelles fermetures de services ou établissements, voire burn out par ricochet des confrères toujours en activité [130].

4. SPECIFICITES DU BURN OUT DES MEDECINS HOSPITALIERS

4.1. LE METIER DE MEDECIN

4.1.1. CHOIX DE LA PROFESSION : APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Certains déterminants inconscients seraient à l'œuvre dans l'inclination pour le métier de soignant, notamment celui de médecin. Il pourrait s'agir d'une rencontre précoce du sujet avec le domaine du soin et de la maladie, ou encore d'une tendance « sacrificielle » générant un élan de dévouement, générosité et sensibilité envers autrui [26].

« En même temps, on savait un peu à l'avance quand on a choisi ce métier. » Pédiatre en néonatalogie, F, 57 ans.

Les théories psychanalytiques supposent qu'une atteinte narcissique profonde est à l'origine de la vocation soignante ; celle-ci apparaît alors comme un mécanisme de défense : l'altruisme constituerait une formation réactionnelle susceptible de mettre à distance agressivité et hostilité. Cette dévotion permettrait une jouissance par procuration, dans la mesure où le soignant, aidant dans un premier temps ses patients à accéder au plaisir, pourrait s'identifier à eux dans un second mouvement. Le caractère masochiste du professionnel de santé s'exprimerait également dans la jouissance liée aux sacrifices engendrés par l'activité de soins [37]. Un risque d'épuisement progressif apparaîtrait néanmoins en cas d'échec ou de rigidification de ces mécanismes de défense, notamment sous forme d'une sur-identification qui voit la possibilité de distinction soi/autrui s'amenuiser [131].

Ce concept de vulnérabilité est repris par Jung qui évoque le « médecin blessé », en référence

au mythe de Chiron, centaure dont les souffrances chroniques avaient amené à devenir le meilleur des médecins [132], tandis que pour Platon «les plus habiles médecins seraient ceux qui n'étant pas eux-mêmes d'une complexion saine, auraient souffert de toutes les maladies » [133].

La faille potentiellement ancrée dans l'histoire du soignant représente à la fois une faiblesse et une force, en tant que source vive de sensibilité servant à asseoir une personnalité souvent riche et généreuse, encline au « péché par excès ». Bien plus qu'une simple recherche de réussite sociale et de gratification par une certaine forme de pouvoir, il s'agirait de ce besoin impérieux de se dépasser, prouver aux patients et surtout à soi-même que l'on est un être bon, bienveillant et avisé, un sauveur par excellence : exigences personnelles élevées, hyperactivité, désir de plaire à tous, perfectionnisme, difficultés à déléguer, autant de traits communs à nombre de médecins. Le syndrome d'épuisement professionnel se poserait ainsi pour certains auteurs en « pathologie de l'idéal », exprimant l'écueil de la démotivation face aux réalités du terrain, la perte d'un feu sacré dans la lignée d'un héritage judéo-chrétien hissant le pavillon de la notion de faute. « Ceux qui souffrent, ceux qui tombent malades, ce sont ceux qui ne laissent pas couler », argumente Davezies, enseignant chercheur en médecine du travail à Lyon et rédacteur en chef de la revue Santé au Travail [26].

Le médecin se forge donc une image idéalisée de lui-même, se rêvant en être charismatique, extrêmement compétent, dynamique, aux ressources inépuisables. Désirant soutenir cette utopie face aux difficultés du travail réel, il risque de se voir progressivement priver de son énergie, situation propice à l'apparition des « 4 D » : « disengagement, distancing, dulling et deadness », soit détachement, distanciation, émoussement et sentiment de vide, symptômes que nous retrouvons dans le burn out [37].

Dans la lignée de Pines qui voit à l'œuvre dans le choix de carrière les processus inconscients de reproduction d'expériences déterminantes de l'enfance et d'actualisation des attentes familiales [55], le pédopsychiatre français Jeammet identifie trois types de motivations inconscientes communes aux médecins, dont la « vocation » représenterait une issue potentielle : « le désir de voir ou de savoir (moteur conscient de la recherche qui vise à trouver des énigmes sur la vie et la mort), le désir de réparer (qui tire son origine du désir de réparer la mère qu'on aurait agressée, en d'autres termes de réparer les conséquences supposées de notre agressivité inconsciente, qu'elle ait été ou non extériorisée), et enfin le désir de pouvoir (désir infantile de toute puissance sur la mère en annulant le père ; désir de toute puissance aussi sur l'absence de mère qui se transforme en désir de toute puissance sur la maladie et sur la mort, quand la perte n'a pu être assumée grâce au travail de deuil) ». Ce troisième point constituerait selon lui l'« une des plus puissantes motivations à choisir ces métiers, et sûrement tout autant pour [se] protéger grâce à ce pouvoir que pour en exercer les effets sur les autres » [134].

L'auteur ajoute que d'un individu à l'autre, ces pulsions peuvent soit trouver satisfaction par le biais d'une sublimation professionnelle, soit engendrer un conflit psychique, idée reprise par Delbrouck, estimant que le soignant « devient un individu à haut risque » lorsqu'il « attend trop de sa profession et notamment qu'elle lui renvoie en miroir une belle image de lui-même, un accomplissement personnel, de la reconnaissance ou de l'amour » [135].

De même qu'il agit conformément à un idéal soignant, le médecin entretient des projections à l'égard de ses patients, ayant « une idée vague mais inébranlable du comportement que devraient adopter » ces derniers. Se sentant seul compétent à déterminer ce qui serait bon pour le soigné, il déploie son énergie à le convertir à sa foi : c'est ce que Balint, médecin et

psychanalyste d'origine hongroise, nomme la fonction apostolique, mission dont nous nous sentons investis et qui nous protège en retour comme un bouclier [134].

Il pourrait s'agir ici d'un vestige de la vocation au sens historique du terme, revêtant autrefois un caractère résolument défensif à travers sa double dimension sociale et religieuse. C'était l'époque des soignants auréolés d'une forme de sainteté, dévoués corps et âme à leurs malades, leur sacrifiant jusqu'à leur vie privée. De nos jours, le système de valeurs s'est profondément modifié : en disparaissant, la vocation professionnelle d'antan aurait emporté dans son sillage la protection et les bénéfices secondaires qu'elle apportait au médecin, notamment sur le plan de l'admiration et de la reconnaissance [4,136].

4.1.2. IDENTITE ET PERSONNALITE

Freudenberger a développé les caractéristiques du profil soignant à risque de burn out : « d'éducation souvent rigide, compétent, inspirant confiance, il est dynamique, refuse tout compromis et s'engage tout entier à la tâche dans le but de concrétiser son idéal ; [...] il ne peut admettre l'existence de limites dans les idéaux qu'il cherche à atteindre. Il s'agit d'un individu idéaliste qui s'épuise au fur et à mesure que ses illusions sont confrontées à une réalité qui résiste » [137].

Nous allons à notre tour aborder certains traits de personnalité susceptibles de concourir au développement d'un syndrome d'épuisement professionnel et régulièrement rencontrés dans le corps médical.

4.1.2.1. Le perfectionnisme.

Largement observé chez nos confrères, il est orienté vers soi, vers autrui ou mixte. S'il s'avère très utile dans le cadre de notre exigeante profession, notamment en permettant une remise en

cause et un certain degré de pondération dans nos décisions thérapeutiques, il peut également devenir source de problèmes : appliqué aux autres, il engendre des difficultés à déléguer les tâches, considérées comme mieux exécutées à titre personnel, et complique de fait les relations interpersonnelles avec les collègues se sentant discrédités et non reconnus ; appliqué à soi-même, il génère une perte de temps lorsque tout se doit d'être exécuté avec précision, un même degré d'exigence se voyant attribué à chaque acte, qu'il soit réellement prioritaire et urgent ou non.

La crainte de l'erreur et l'insatisfaction dominant ; une incertitude permanente s'installe insidieusement, culminant parfois jusqu'au syndrome de l'imposteur : tout mérite apparaît usurpé, toute réussite attribuée au hasard et la sensation d'être bientôt « démasqué » s'installe. Certains auteurs parlent d'une triade compulsive répandue dans la communauté médicale, associant doute chronique, sentiment de culpabilité et sens exagéré des responsabilités. L'impuissance inévitable face à certaines situations érode progressivement le fantasme d'invulnérabilité du soignant et renforce cette sensation d'incompétence.

Rejoignant l'idée précédemment développée de recherche de réparation narcissique à travers le métier de soignant, les médecins perfectionnistes auraient fréquemment éprouvé dans leur enfance la sensation de ne pas avoir suffisamment de valeur ou de ne pouvoir être pleinement aimés par leurs parents qu'à la condition d'atteindre leurs critères de réussite. A l'âge adulte, le caractère socialement valorisant du perfectionnisme achèverait d'ancrer encore plus profondément ces croyances [138].

Nous pouvons encore rapprocher de cette notion le profil déterminé par Maslach et Pines des personnalités anxieuses, caractérisées par un esprit d'entreprise avec hyperactivité et excès d'ambition, un sens de l'autocritique élevé et une impossibilité à déléguer les tâches [137].

4.1.2.2. L'alexithymie.

Potentiellement observable chez le médecin, elle peut constituer un facteur protecteur de mise à distance émotionnelle mais risque le plus souvent à long terme de mettre en difficulté le praticien, incapable d'exprimer, extérioriser et gérer ses émotions [139].

4.1.2.3. Le faux self.

La conviction de devoir soutenir en permanence une image idéalisée de soi peut également être rapprochée de la notion de faux self développée par Winnicott : il s'agirait d'un aspect lisse et verni de soi permettant d'entretenir des rapports satisfaisants avec autrui par hyper-adaptation [140]. Éric Berne, psychiatre américain précurseur de l'analyse transactionnelle, évoque quant à lui « l'enfant adapté soumis » pour désigner ce côté permettant à chacun d'entre nous d'intégrer un groupe et d'assimiler les us et coutumes y étant associés [141]. L'auteur aborde de plus les pensées dysfonctionnelles qui habitent régulièrement les médecins, telles « Sois fort ! » ou encore « Pense aux autres d'abord ! » [142].

4.1.2.4. Le workaholism.

Ce comportement est susceptible d'apparaître chez les médecins, en raison de leur propension à se dévouer à leurs patients et à absorber une masse importante de travail. Apparue dans les années 70, le terme désigne l'addiction au travail, lien pathologique d'un sujet à son métier entraînant une dépense d'énergie et un investissement compulsifs, malgré le retentissement délétère sur sa santé et sa vie privée [16]. Le travail représenterait alors une tentative de contrôle, une lutte antidépressive permettant une restauration narcissique du sujet à travers son caractère gratifiant et socialement valorisant, et évitant le surgissement de ruminations anxieuses et de pensées existentielles.

Au premier stade du trouble, dépisté par le Work Addiction Risk Test de Robinson en 1989 [143], le sujet enthousiaste et dynamique voit ses capacités et sa puissance de travail majorées, puis apparaissent dans un second temps des conflits relationnels, tant au niveau socioprofessionnel que privé, et enfin des répercussions psychosomatiques, manifestations anxieuses et autres troubles, parmi lesquels le burn out.

Mc Elroy identifie des caractéristiques semblables chez les individus qu'il considère à risque de développer un burn out, qui posséderaient donc un idéal du Moi élevé, s'orienteraient vers des professions exigeantes permettant la réalisation de soi et la reconnaissance par autrui, et seraient volontiers enclins à un surinvestissement professionnel [137].

4.1.2.5. La théorie des big five.

Elle a été particulièrement étudiée dans le cadre des travaux sur le syndrome d'épuisement professionnel. Elle définit toute personnalité à travers cinq dimensions : l'extraversion, l'agréabilité, la méticulosité, l'ouverture et le névrosisme ou neuroticisme. Ce dernier point s'oppose à la stabilité émotionnelle et se caractérise par une tendance préférentielle aux affects négatifs (peur, tristesse, colère, culpabilité, anxiété, ...). Plusieurs enquêtes convergentes l'identifient comme facteur de vulnérabilité et/ou de renforcement du burn out [16].

Ces travaux complètent ceux des chercheurs américains Friedman et Rosenman qui ont mis en évidence dans les années 60 les types de personnalité A et B.

Les sujets A ont des difficultés à déléguer, un esprit de compétition, une volonté de se dépasser et une ambition très affirmés, présentent régulièrement des accès de colère et des préoccupations centrées sur les questions de temps et de réussite. Ils sont exposés à un risque de pathologies cardiovasculaires majoré ainsi qu'à une vulnérabilité accrue au burn out.

A l'inverse, les sujets B prennent plus de distance par rapport aux événements, s'accommodent facilement du travail en équipe, font preuve de patience et s'accordent du temps, notamment de repos et loisirs. Ils sont en revanche plus introvertis et susceptibles de déprimer [1].

4.1.3. FORMATION MEDICALE

Comme nous l'avons abordé précédemment, un certain modèle d'idéal soignant serait partagé plus ou moins consciemment par le corps médical, et probablement intériorisé précocement au cours de notre parcours professionnel. Certains auteurs avancent la notion de « curriculum caché » pour rendre compte de cette réalité : la formation de l'interne serait constituée d'un curriculum formel recouvrant le programme théorique officiel et d'un curriculum réel avec une partie manifeste, résultant de l'enseignement dispensé par les confrères seniors au cours des stages, et une partie cachée, concernant les acquisitions implicites faites par les étudiants eux-mêmes [144].

« Souvent quand on discute avec des gens en dehors du cursus médical, on entend “ oui, vous les médecins, vous êtes brillants ” ; les personnes qui font médecine sont surtout des personnes très endurantes ; ça [les] rend très malléables. » Chirurgien, homme (H), 33 ans.

Ces éléments incluraient de fait le complexe du sauveur classique de notre métier, ainsi qu'un certain nombre de normes élevées d'auto-exigence et de performance, susceptibles de constituer quelques années plus tard le lit de la diminution d'accomplissement personnel associée au burn out.

De même, la gestion des problématiques d'ordre institutionnel et le contrôle émotionnel nécessaire à l'établissement d'une bonne distance thérapeutique semblent relever davantage

d'un apprentissage officieux que d'une formation officielle. Etant donné la somme de connaissances universitaires devant être intégrée durant l'externat, l'accent est naturellement mis sur l'abord scientifique et somatique du corps humain, davantage que sur l'aspect relationnel de la profession qui ne « s'apprendrait pas », comme il est courant de l'entendre ; des questions essentielles dites d'éthique représentent de fait un volume horaire de quelques heures à peine sur plusieurs années d'étude, laissant les futurs praticiens aux prises avec une confrontation autodidacte au travail émotionnel inhérent à leur fonction.

Pour certains, la pratique de la médecine s'apparente au théâtre. Si nous étions authentiques en permanence, la pression engendrée ne serait pas viable tout au long de notre carrière ; cela ne constituerait de plus pas nécessairement une attente de nos patients.

Les médecins devraient donc acquérir un certain contrôle émotionnel ainsi que des techniques de manipulation familières aux acteurs pour mieux faire face à la demande psychologique entraînée par leur activité. Les recherches des psychologues Celeste Brotheridge et Alicia Grandey de l'université de Pennsylvanie ont montré que plus le travail nécessite de feindre des émotions, plus l'on est enclin à éprouver un détachement émotionnel vis-à-vis d'autrui et de ses propres ressentis, et plus l'insatisfaction professionnelle grandit [145].

Les deux tâches spécifiquement attendues des médecins seraient de cacher leurs émotions négatives et de montrer au contraire des sentiments positifs, même s'ils ne sont pas véritablement éprouvés. Dissimuler en permanence les affects négatifs que l'on entretient pour ses collègues ou patients peut s'avérer très difficile, mais feindre une attitude positive serait encore plus favorable à l'éclosion d'un syndrome d'épuisement professionnel [146].

Une solution pourrait être d'agir comme si l'on réalisait un travail de performance émotionnelle proche de celui des acteurs : le « superficial acting » consiste à mimer des

émotions positives en dépit d'un ressenti contraire, tandis que le « deep acting » traduit la tentative de changer ses attitudes envers autrui, en modifiant ses propres pensées et sentiments dans le but d'atteindre une disposition réellement plus empathique. Pour ce faire, il est suggéré de trouver un modèle, d'observer ceux qui se comportent de la façon que l'on essaie d'adopter. Une autre technique d'acteurs consiste à développer une profonde sympathie pour le personnage qu'ils doivent composer, aussi détestable leur semble-t-il de prime abord, en lui créant une histoire de fond aidant à générer des sentiments positifs à son égard [147].

Le travail émotionnel du soignant est double, il vise le contrôle de son humeur et de ses représentations. Il s'agit dans ce second axe d'apprendre à donner du sens aux situations pénibles que l'on vit, et de transformer symboliquement les expériences négatives de la tristesse, de la souffrance ou encore de la mort des patients en valeurs positives. La répression des émotions développée dans la notion de self-control de Schmidt, au sens d'une inhibition de comportements et d'émotions non désirés, apparaît au contraire comme facteur de stress et de burn out [148].

Des déterminants inconscients seraient à l'œuvre dans le choix d'une profession ; associés à certains traits de personnalité volontiers retrouvés dans le corps médical et exacerbés par les modalités de formation, ils pourraient induire une vulnérabilité individuelle chez les médecins, les positionnant comme candidats naturels au burn out.

4.1.4. RELATION MEDECIN-MALADE

S'appuyant sur les notions freudiennes de transfert et contre-transfert, le sociologue Parsons compare la relation médecin-malade à la relation parent-enfant [147].

Selon Delbrouck, le soignant est doublement impliqué dans toute relation thérapeutique, « d'une part par le vécu de l'Autre souffrant et d'autre part, par identification projective, [...] dans son propre vécu d'être humain ». En effet, « chacun de nous est amené à régler un certain nombre de problématiques personnelles dues à sa propre ontogenèse et à sa propre phylogenèse...Le soignant, souvent malgré lui, est projeté face à une multitude de questions métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques, émotionnelles, qu'il n'aurait pas rencontrées s'il avait choisi une autre profession » [137].

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la conceptualisation de ce colloque particulier.

Daneault et Tricot l'envisagent sous l'angle classique de la dualité soignant/soigné [149,150], reprise par Chalverat ou encore Gunggenbühl-Craig sous le vocable de « guérisseur/blessé » [151,152]. Cette relation évoluerait sur une dynamique de réciprocité : sur le plan conscient, le thérapeute représente le pôle soignant et le patient le pôle soigné, tandis qu'inconsciemment le médecin porte en lui un côté blessé et le malade une facette de guérisseur. Un échange est alors susceptible de se produire au cours de la prise en charge : le pôle soignant du patient, mobilisé dans le processus de soins à des fins thérapeutiques, contribue également à guérir le médecin de ses blessures propres [152].

Celles-ci sont néanmoins de nature à perturber l'ajustement de la distance relationnelle : pour le médecin, un risque d'identification existe, pouvant conduire à une perte de différenciation soi/autrui, une appropriation de la problématique du soigné, voire un mécanisme de collusion, c'est-à-dire une régression à un conflit personnel non résolu, partagé par le malade et son soignant [153] ; à l'inverse, peut s'opérer une projection avec mise à distance des éléments blessés intolérables, qui se traduit par une attitude rejetante à l'égard du patient, vécu comme

responsable de ce mal-être [150]. Il appartient donc au médecin de reconnaître ses limites et d'être vigilant sur ses réactions de contre-transfert positif ou négatif [150,151].

Selye prône quant à lui le principe complémentaire d'« égoïsme altruiste ». L'archétype du médecin altruiste, hérité de l'époque du christianisme, relèverait également d'un désir élémentaire de satisfaire ses désirs personnels : « Depuis le plus simple des micro-organismes jusqu'à l'homme, toutes les créatures vivantes doivent, avant tout, protéger leurs propres intérêts. L'altruisme peut être considéré comme une sorte d'égoïsme collectif qui aide l'esprit de communauté, en ceci qu'il engendre gratitude. En inspirant à un individu le désir de vous voir réussir, par reconnaissance pour ce que vous avez fait pour lui, et pourrez faire encore, vous attirez sa bonne volonté. C'est peut-être la façon la plus humaine d'assurer notre sécurité (homéostasie) dans la société ». Une forme de réparation narcissique serait de plus à l'œuvre, à travers la volonté de donner à autrui ce qui a fait défaut pour soi [4]. Ce sentiment d'utilité ainsi créé chez le soignant lui permet de se forger une identité professionnelle, qui assoit à son tour identité personnelle et sens de l'existence.

L'interaction mutuelle caractéristique de la relation médecin-malade s'illustre encore dans le modèle investissement/bénéfice ou théorie de l'équité. La reconnaissance, le salaire, le plaisir, l'expérience constituent une part de gain, alors que la dépense d'énergie, de temps, la fatigue engendrée représentent le coût de la relation. Une étude de Truchot [116] relève que 17,3 % des médecins ressentent ce principe d'équité dans leur rapport à leur patientèle, 27,4 % se considèrent sur-bénéficiaires et 55,3 % sous-bénéficiaires ; cette dernière catégorie serait à risque d'épuisement professionnel plus élevé.

Tout déséquilibre dans ce modèle risque d'induire des tensions ; or, la relation médecin/patient est par essence asymétrique : le premier donne (des soins, des conseils, du soutien, ...), tandis que le second reçoit. Nous avons vu que les soignants, notamment ceux

susceptibles de développer un burn out, sont particulièrement attentifs aux marques de reconnaissance et d'engagement de leurs soignés dans leur prise en charge ; il semblerait cependant que l'activité médicale tende de plus en plus à être considérée comme une prestation de services ou encore un droit inaliénable, plutôt qu'un bénéfice [37].

Cette logique consumériste s'accompagne d'un écart grandissant entre demande et offre de soins, encourageant de fait une surcharge de travail pour les médecins, dont l'attitude de repli privilégié sur leur sphère privée renforce encore cette situation [154].

« Ils passent pas leur vie à l'hôpital, ils ont une vie à côté, ils font du sport, ... Avant on voyait pas ça, mais les nouvelles générations sont comme ça, c'est pas spécifique aux médecins hospitaliers. » Médecin du travail.

Les raisons de cette mutation des rapports s'enracinent dans l'évolution de la société, cause majeure de burn out selon Cherniss. Passé d'une quasi-aura de sainteté, héritée de la tradition chrétienne, à une fonction toujours influente et respectée de notable, le statut du médecin a ensuite fait l'objet d'une remise en cause progressive depuis les années 70/80 en étant démythifié [155]. Les nouvelles figures populaires et plébiscitées appartiennent davantage à l'univers financier ou au show-business ; à mesure que la confiance dans le système social et les institutions publiques s'amenuise, le malade, devenu patient, puis client, se présente de plus en plus comme usager du système de soins [156]. Il lui arrive d'« exiger du médecin », voire de « l'agresser » [94].

Une étude de l'URML de Bourgogne s'intéressant aux relations des médecins et de leurs patients identifie les attentes et exigences de ces derniers, déclarées sources majeures de stress dans 68,5 % des cas [116] : attitudes agressives (16 %), demandes excessives et motifs de

consultations injustifiés (13,2 %), harcèlement (8,5 %), oubli de rendez-vous (7,1 %), réticences pour le règlement des honoraires (2,8 %), absence de compliance (2,3 %) ou encore comportements procéduriers (1,3 %). L'évolution de la législation, notamment la loi du 4 mars 2002, ainsi que l'apparition des nouvelles technologies, telles internet, compliquent encore les rapports, en induisant une notion de défiance venant se substituer à l'alliance thérapeutique autrefois tacite [16].

Disposant d'un accès facilité aux connaissances médicales, le malade peut être amené à mettre en défaut son soignant [157]. De son côté, celui-ci tend à se retrancher sur une position technique défensive, délivrant des explications « éclairées » davantage dans une optique médico-légale que sur le principe d'un temps d'échange et d'écoute avec le patient. Ces données orales doivent également faire l'objet d'une traçabilité écrite dans les dossiers, dans la perspective éventuelle de pouvoir apporter une preuve de la transmission de l'information.

En parallèle de ces changements dans les modalités relationnelles des médecins et de leurs patients, les tendances des orientations de carrière, définies par Cherniss en 1980, connaissent également des modifications dans notre corps de métier. Sont décrits 4 profils principaux :

- l'activiste, critique à l'égard de sa profession qu'il aspire à transformer
- l'arriviste/carriériste, en recherche d'une reconnaissance sociale et d'une valorisation financière
- l'artisan, privilégiant son activité professionnelle et le développement de ses compétences
- l'égoïste, volontiers tourné vers une réalisation dans le domaine privé.

Un rapport de Truchot a établi les constats suivants : les artisans semblent être les moins perméables à l'épuisement émotionnel (22,45 %), les activistes présentent des scores de burn out faible avec une composante d'accomplissement personnel élevée, tandis que les

carriéristes semblent les plus affectés sur le plan émotionnel (26,3 %), et les égoïstes les moins accomplis. Dans une perspective diachronique, il semblerait de plus que le pourcentage d'activistes diminue alors que celui d'égoïstes augmente (respectivement 39,9 % et 9,5 % en début de carrière, 13,75 % et 35 % au moment de l'étude), devenant même le courant majoritaire chez les jeunes médecins (orientation de 43,6 % d'entre eux).

Ces chiffres traduisent le mouvement de crise identitaire traversé par la profession médicale, dont les membres tendent à se focaliser sur leur réseau privé afin d'assurer une forme d'équilibre. Il est possible de l'envisager à plus large échelle comme représentatif non seulement des médecins, mais de la société en général, où les individus seraient volontiers plus individualistes et attachés à la valeur de la famille qu'autrefois [117].

4.2. LE MILIEU HOSPITALIER

Outre les caractéristiques individuelles et les spécificités du métier de médecin susceptibles de participer à l'apparition d'un burn out, les facteurs intrinsèques à la structure de l'hôpital sont également intégrés au processus.

Le rapport du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux (RPS) au travail de 2009 [158] a identifié 6 catégories principales d'indicateurs révélateurs d'une souffrance pour un métier donné, notamment celui de médecin hospitalier.

4.2.1. EXIGENCES ET PERFORMANCES

Cette classe recouvre les notions de quantité de travail, pression temporelle, complexité des tâches et difficultés de conciliation travail/privé.

Nous retrouvons en effet ces divers éléments dans la littérature [159]. Madeleine Estryn Béhhar, PH en médecine du travail, avance les critères suivants :

- charge de travail trop lourde
- durée de travail/travail de nuit/manque de sommeil
- insatisfaction du temps disponible pour les patients (pour environ 50 % des médecins)
- incertitudes liées aux traitements, crainte de commettre des erreurs, associée notamment aux fréquentes interruptions de tâches et au manque de temps alloué aux transmissions
- contenu du travail lui-même, en particulier responsabilité vis-à-vis d'autrui
- connaissances et compétences inadéquates
- événements de vie intercurrents
- interface carrière et vie personnelle.

Ainsi le risque de syndrome d'épuisement professionnel augmente proportionnellement à la quantité de travail et aux différends travail-famille [40].

Delattre, psychologue du travail, cite également les horaires et rythmes de travail, mais encore les situations d'urgence, les charges physique et cognitive, les tâches mal définies aux objectifs flous ou irréalistes, et l'adaptation à l'évolution technologique [48]. Quant à la thèse de Vidal-Gleizes-Ravazet, présentée au congrès de recherche de Biarritz en 2000 [125], elle identifie les conflits d'intérêt entre vies professionnelle et privée comme facteur majoritairement responsable du stress perçu par les médecins étudiés, suivi de la demande de l'entourage des patients et des contraintes administratives. Ce travail s'intéresse de plus aux situations vécues comme stressantes par le corps médical, dont les plus fréquemment citées sont les contraintes financières et administratives, l'interruption des consultations par le téléphone, ainsi que le côté intrusif du travail dans la sphère privée [155,158].

L'étude de Levasseur en 2003 [8] corrobore ces données en relevant comme indicateurs pertinents les contraintes d'ordre administratif, la surcharge de travail, dont les gardes pour la moitié des médecins de l'effectif et la durée de travail journalière pour 40 % d'entre eux ; 55 % estiment trop travailler, 80 % ne disposeraient pas d'un temps personnel satisfaisant et 71 % ne se sentiraient pas suffisamment présents pour leur famille [155].

Nous nous proposons à présent de revenir plus précisément sur quelques-uns de ces facteurs.

4.2.1.1. La charge de travail.

L'activité médicale s'est accrue ces dernières années, devant répondre à une demande grandissante en raison notamment du vieillissement global de la population. La démographie médicale tend à accentuer cette situation dans certains territoires. La charge quantitative (pression du temps, nombre de patients à suivre, ...) peut se compliquer d'une charge qualitative, avec l'impression d'être incapable de réaliser correctement son métier faute de temps. L'includence est ainsi fréquente (terme de Tellenbach désignant la sensation d'être débordé par son travail et de ne pas disposer du temps suffisant pour l'accomplir) [4].

« Toutes les conditions sont réunies pour que [le burn out] arrive, le fait qu'on nous en demande toujours plus et qu'on n'a pas le temps de tout faire [...], le sentiment de ne plus maîtriser ce qu'il se passe [...], voir que je prends du retard c'est quelque chose qui m'angoisse ! » Endocrinologue, F, 36 ans.

De nombreux travaux soulignent le rythme professionnel intense des médecins avec une durée hebdomadaire moyenne de 57,5 heures, tandis que les médecins salariés citent comme causes du burn out d'ordre professionnel la durée des journées de travail à 44,2 % et la charge de travail trop lourde, trop contraignante, trop complexe à 86,6 % [118]. La permanence des

soins répond aux critères de pénibilité existants, avec le travail de nuit et les horaires décalés ; les gardes, pas toujours suivies d'un repos de sécurité, deviennent un terrain propice à l'installation d'une certaine fatigue chronique [119,123,142,156,160,161].

« Travail de nuit, facteur de pénibilité majeur ; c'est le facteur qui me fait dire régulièrement que je ne ferai pas ça toute ma vie. » Urgentiste, H, 38 ans.

*« L'impression d'avoir la tête dans le guidon. A un moment donné quand on n'était plus que 5 à prendre des gardes, je me suis retrouvée à 3h du mat' sur internet à chercher un poste parce que je me suis dit " ma vie est en danger, je vais plus m'en sortir à faire autant de gardes..." »
Pédiatre en néonatalogie, F, 57 ans.*

L'enquête de l'URML de Bretagne en 2003 [162], menée certes en milieu libéral, relève néanmoins des réalités vécues par nos confrères hospitaliers. Le sentiment de devoir se dépêcher souvent, voire toujours, est relevé par 80 % des médecins ; les exigences nouvelles des patients ainsi que les tâches d'information et de prévention sont jugées particulièrement chronophages. Plus de la moitié de l'effectif déclare travailler régulièrement plus tard que prévu, afin d'assurer la gestion de situations complexes dans 80 % des cas, tandis que les interruptions de tâches (téléphone, urgence, ...) sont fréquentes pour 90 % des répondants.

Cité par 76,9 % de l'échantillon de médecins du CHU toulousain, ce dernier phénomène est particulièrement répandu à l'hôpital : selon les services, il représenterait en effet un dixième à un quart du nombre total d'actes [4,118]. Les conséquences de ce morcellement sont diverses : l'effort de concentration induit pour reprendre le cours de la tâche initiale amène une fatigabilité ; le risque d'erreurs augmente, de même que l'insatisfaction du soignant et sa sensation d'être dépossédé de son libre arbitre dans la gestion de son activité, les impératifs externes prenant le pas sur ses besoins et désirs propres.

« C'est infernal, on a fait une crise il y a 1 semaine, tous les PH du service : on a dit “ on prend plus nos DECT, y'en a ras le bol ”, c'est épouvantable ! » Neurologue, F, 48 ans.

4.2.1.2. Un exercice complexe.

La pratique médicale est confrontée à de nombreuses exigences, qu'elles soient administratives, comptables, politiques ou encore judiciaires. Le métier s'apparente pour certains à la gestion « d'une micro-entreprise » impliquant des activités de formation, évaluation, convention, informatisation... [123,142,156]

« On est très multitâches. » Neurologue, F, 48 ans.

Le poids administratif est souvent ressenti comme un facteur de stress [125,163,164,165], avec en particulier la « paperasserie » jugée excessive et impactant le temps dévolu à la clinique pure. N'est-il pas ainsi fréquent pour un urgentiste de passer davantage de temps au téléphone pour trouver un lit au patient devant être hospitalisé qu'auprès de ce dernier ?

« C'est un gaspillage de qualifications, on est mal rentabilisé ; pendant ce temps-là, on pourrait faire notre boulot ! » Urgentiste, H, 38 ans.

La complexité du travail s'exprime encore à travers les notions d'ambiguïté et de conflit des rôles ; 84 % des médecins de l'étude Levasseur [162] estiment réaliser des actes ne relevant ni de leurs compétences, ni de leurs fonctions : prise en charge sociale (96,4 %), coordination des soins (58,3 %) ou encore gestion du dossier patient (56 %). A l'hôpital, ces situations s'observent notamment lorsqu'il manque du personnel : dans l'urgence de la prise en charge, un praticien peut ainsi être amené à assurer une tâche relevant traditionnellement d'une

fonction d'infirmier, aide-soignant, brancardier... Un troisième facteur relié à ces deux premiers est celui du dépassement de fonctions, survenant lorsque le professionnel revêt ponctuellement une responsabilité pour laquelle il n'est pas préparé, ce qui génère un certain degré d'ambivalence et d'incertitude pourvoyeuses de stress [20].

L'explosion du savoir de la profession, les évolutions technologiques et les mutations du milieu hospitalier ces dernières années sont enfin régulièrement citées dans la littérature, à l'instar de 63,5 % des médecins de l'étude toulousaine [118]. L'essor des connaissances médicales, de l'industrie pharmaceutique ou encore des publications scientifiques, est tel qu'il apparaît actuellement compliqué pour un médecin de se sentir à la pointe, alors même qu'il est tenu à un devoir de formation continue [37].

« Les connaissances, ça va tellement vite, on n'arrive plus à suivre. [...] Les mails c'est terrible, la conjonction de ça et du papier qui n'a pas diminué. [...] On reçoit 100 mails par jour sans tri sans rien, « les arbres de Noël sont arrivés », qu'est-ce qu'on en a à faire ! [...] Je dois avoir 4000 mails dans ma boîte de réception, pour la nettoyer je le fais chez moi, je peux passer des heures à relire, est-ce que j'ai répondu, machin... Des heures ! Pour nettoyer une boîte mail, enfin ! » Neurologue, F, 48 ans.

De plus, ce savoir théorique monolithique est confronté aux réalités pratiques du terrain, avec en premier lieu la singularité des patients rencontrés, correspondant peu souvent aux cas d'école classiquement décrits dans les livres. Les médecins se heurtent à des difficultés diagnostiques et des aléas thérapeutiques, certaines décisions étant prises sur la base d'informations incertaines [94,163].

« L'astreinte à domicile c'est stressant, faut faire confiance à l'interlocuteur sans voir le malade, ça nous met en incertitude et en insécurité majeure. » Neurologue, F, 48 ans.

Cette progression scientifique et technique encourage de fait l'illusion de toute-puissance du corps médical véhiculée par la société, le plaçant de fait dans un paradoxe inextricable : les soignés tolèrent de moins en moins la maladie, tandis que les soignants culpabilisent de plus en plus de ne pas les guérir ; or, il incombe normalement au médecin une obligation de moyens, c'est-à-dire de soins, et non de résultats, alors que les patients tendent à considérer la santé comme un droit inaliénable [93].

« Déformation de la vision du métier, ils nous voient comme des sauveurs et des devins en oubliant le côté humain et donc imparfait de la pratique ; ils ont à la fois des exigences farfelues et des demandes non réalisables ! » Chirurgien, H, 33 ans.

Au même titre que la réduction du temps de séjour, liée aux objectifs de gestion d'une part et à l'amélioration des techniques (imagerie, traitements, ...) d'autre part, majorent la sensation de perte de contact entre le médecin et son patient [138], ces facteurs contribuent à la dégradation de la relation soignant-soigné impliquée dans le burn out.

4.2.1.3. L'interaction travail-famille.

Les exigences de la fonction précédemment exposées conduisent souvent le médecin à une implication professionnelle dommageable pour sa vie personnelle [72,84,117,125,155,162,164,165], estimée trop parasitée par le travail à 55,8 % [118].

« Quand on a l'impression de faire que ça 24h/24, il y a un problème. Le boulot c'est bien mais c'est pas toute la vie ! » Gynécologue, F, 33 ans.

En dépit d'une insatisfaction du temps consacré à leur sphère privée repérée par 46,2 % des médecins toulousains [118], les praticiens peuvent même être amenés à culpabiliser du temps non dévolu au sacerdoce médical. Au-delà du facteur temporel, les diverses sollicitations éprouvées au cours de la journée, notamment sur le plan relationnel, contribuent à diminuer également la disponibilité psychique du médecin pour ses proches une fois de retour au domicile. Le stress engendré par la situation sera en outre renforcé en cas de difficultés inhérentes au quotidien privé et familial, de l'enfant en bas âge ne faisant pas ses nuits aux ascendants vieillissants relevant d'une attention croissante [157], en passant par les problèmes d'ordre financier, affectif ou somatique soulignés respectivement à 25 %, 17,3 % et 34,6 % [118].

Le retentissement observé au niveau du couple quant au divorce constitue enfin un marqueur du risque suicidaire des médecins [64], voire de leurs conjoints [168] ; notons que les séparations conjugales seraient 10 % à 20 % supérieures à celles de la population générale [100,103,163,169,170], un article suggérant même que les duos amoureux constitués d'un médecin seraient souvent des « mariages malheureux ». A l'inverse, certains auteurs, tels Weiner et Stack, ont établi comme facteurs protecteurs liés au bien-être psychologique des médecins le maintien de liens familiaux [171], notamment le statut marital [172].

4.2.2. CHARGE EMOTIONNELLE

Cet axe comprend les indicateurs suivants : relation au patient, empathie/confrontation à la souffrance, facticité des émotions, sentiment d'insécurité et tensions avec le public. D'après

les observations du collègue d'expertise sur le suivi statistique des RPS au travail, « le travail émotionnel consiste, dans l'interaction avec les bénéficiaires du travail, à maîtriser et façonner ses propres émotions, mais aussi à maîtriser et façonner les émotions des bénéficiaires du travail ». L'épuisement émotionnel serait quant à lui « la difficulté à être disponible émotionnellement pour ses proches, après le travail », et « la facticité des émotions » correspondrait au « sentiment pénible de continuer, après le travail, à mimer mécaniquement des émotions que l'on ne ressent pas et d'être inauthentique avec ses proches. » Toujours selon ce même rapport, il existerait une corrélation « entre la répression des émotions au travail et l'augmentation des troubles musculo-squelettiques, mais aussi d'autres pathologies comme l'hypertension artérielle » [158].

A la lumière de ces différentes définitions, nous comprenons aisément qu'il s'agit d'une charge très présente dans le métier de médecin, souvent décrite dans la littérature [159].

4.2.2.1. La relation d'aide.

Cette notion au cœur des professions soignantes, en l'occurrence celle de médecin, constitue pour 65,4 % des participants à l'étude toulousaine l'une des causes d'ordre médical du burn out [118]. L'activité de soin implique une prise en charge globale, à la fois somatique et psychique. Selon Lazure, « la relation d'aide vise l'un ou l'autre des objectifs suivants chez 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 » ; pour Travelbee, il s'agit d'un « processus d'ordre expérientiel, une expérience vécue au moyen d'un dialogue significatif entre deux personnes ; c'est une relation au sein de laquelle chacun est sensibilisé à l'autre et lui ouvre son cœur, son esprit et son intimité, tout en faisant preuve de compréhension empathique » [4].

4.2.2.2. Le spectre de la souffrance.

Les chiffres sont édifiants : 70 % des personnes meurent à l'hôpital, qui devient de fait un sanctuaire privilégié de la douleur physique et morale. Confronté à ces situations difficiles, le soignant devient vulnérable, en particulier le médecin, dépositaire par excellence des attentes des patients et de leur entourage ; ce terrain sensible est parfois renforcé par une sensation d'isolement, qu'il naisse de la notion de secret médical, de l'impossibilité d'établir des liens autres que professionnels avec les patients qui se confient, ou encore du poids des responsabilités.

« La sanction la plus dure, c'est quand on perd un malade. On est sans arrêt en train d'évaluer si on n'a pas loupé quelque chose... » Neurologue, F, 48 ans.

Assumer des pathologies résistantes aux traitements, des décisions d'arrêts thérapeutiques, des prises de risque, des décès, ... conduit à des échecs dont les conséquences peuvent être dommageables. Le transfert des affects négatifs, tels la colère, l'impuissance, l'angoisse et la peur générées par la pathologie, induit des positions régressives (dépendance maternelle, assujettissement paternaliste, copinage fraternel, ...) influençant la relation médecin-malade. La confrontation aux souffrances existentielles d'autrui est en outre à même de questionner le médecin dans son fondement identitaire et de réactiver des conflits inconscients non élaborés. Il lui incombe alors de se mettre en quête de son seuil de tolérance et de sa capacité à mobiliser ses ressources personnelles [4].

« J'avais un très gros problème de distance avec les patients quand j'étais plus jeune, j'ai fait 2 mois de groupe Balint et pour finir une psycho m'a appris que c'était normal d'être peiné

pour certains patients ; parce qu'à la fac, on nous apprenait aucune émotion, aucun contact, neutralité machin... » Neurologue, F, 48 ans.

Ruszniewski [173] postule que tout soignant se trouve pris au quotidien dans une attitude d'équilibriste entre deux extrêmes :

- la distanciation, qui traduit la fuite dans un évitement protecteur et se compose de divers mécanismes, tels la généralisation et la banalisation du soin et de la souffrance, la réassurance, qui entretient un déni de la réalité au profit d'un optimisme irréaliste, l'instrumentalisation du malade, le rejet et l'agressivité, ...

- l'identification, forme paroxystique de l'empathie avec un risque majeur d'émergence de l'épuisement émotionnel ; la séparation, voire la perte d'un patient, peut être d'autant plus compliquée à vivre dans les services de soins chroniques, où le facteur temporel vient renforcer les liens du soignant et du soigné, s'apparentant parfois à deux membres d'une même famille [4].

Trouver la distance émotionnelle appropriée est un exercice compliqué sans cesse à renouveler : il s'agit d'apprendre à « se prescrire, mais comme pour un médicament, il faut savoir respecter la posologie et ne pas dépasser la bonne dose » [4]. Pines et Maslach mentionnent l'attitude de « detached concern », correspondant à « l'équilibre entre le fait de s'occuper des patients d'une façon plus objective, plus détachée tout en maintenant à leur égard un intérêt humain réel. Le terme évoque la difficulté d'une position quasiment paradoxale qui consiste à devoir se mettre à distance des gens pour pouvoir les aider ou les soigner » [138].

« La distance émotionnelle c'est important, je vois les 2 extrêmes. » Médecin en soins de support, H, 36 ans.

Certaines spécialités développent des contraintes émotionnelles spécifiques. Pour n'en citer que deux exemples, les pédiatres sont exposés au risque de mort considérée comme la plus injuste et intolérable dans notre société, à savoir celle de l'enfant, symbole par excellence du bonheur et du droit à la vie ; de leur côté, les réanimateurs évoluent dans un environnement pourvoyeur d'images et de sons investis d'une charge de stress intense : intubations, bruits des appareillages, lumières, ... Dans tous les cas, apprendre à élaborer un véritable travail de deuil s'avère salutaire dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel ; cela nécessite pour le soignant de renouer le contact avec ses propres émotions et de les légitimer, qu'il ressente déni, colère, peur ou encore tristesse [4].

4.2.2.3. La spirale de la violence.

Après la souffrance, le second point particulièrement sensible à gérer est celui de l'incivilité, instillant un insidieux sentiment d'insécurité et relevée par 42,3 % des médecins du CHU de Toulouse. Ces mêmes praticiens sont 62,9% à considérer les patients de plus en plus exigeants, évoquant des notions de surinformation, demandes abusives ou encore consumérisme [118].

Nous vous proposons en introduction à ce phénomène un extrait d'article paru dans Le Monde en 2011 [174].

« Les déclarations d'incidents enregistrées auprès de l'Observatoire pour la Sécurité des Médecins ont augmenté de 80 % l'année dernière, selon l'étude annuelle réalisée avec Ipsos. Au Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui publie ces chiffres mardi 29 mars, si on s'attendait à une progression – du fait notamment de la médiatisation de certaines agressions ces derniers mois –, on n'imaginait pas qu'elle serait aussi forte. Agressions verbales ou

physiques, vols... au total, 920 incidents ont donné lieu à une déclaration en 2010, contre 512 dans l'édition 2009 de l'Observatoire, qui affichait une stabilité du phénomène. Dans la moitié des cas, ces actes ont donné lieu à un dépôt de plainte ou à une "main courante". Notons que d'un point de vue juridique, le fait d'insulter un médecin constitue un délit aggravé depuis 2008. L'Ordre voit dans cette hausse des incidents le signe d'une évolution des relations entre patients et médecins. "Les individus deviennent plus exigeants, voire violents, s'ils n'obtiennent pas le certificat médical, l'arrêt de travail ou l'ordonnance qu'ils souhaitent, ou si le temps d'attente est jugé trop excessif", explique le Docteur Bernard Le Douarin, coordonnateur de l'Observatoire pour la sécurité des médecins. "Tous ces actes témoignent d'une dérive de la société, avec des individus qui considèrent n'avoir que des droits, et pas de devoirs", analyse-t-il. Ce sont, de fait, surtout les agressions verbales et les menaces qui augmentent, passant de 57 % à 63 % des déclarations, alors que les vols (sacoches, ordonnancier, ordinateur, véhicule...), agressions physiques ou actes de vandalisme sont plutôt stables. Les médecins concernés sont en majorité des généralistes. Les agresseurs sont pour moitié des patients, et souvent aussi une personne les accompagnant. »

Sur le modèle de l'Observatoire de la Sécurité des Médecins (OSM) créé par l'Ordre en 2003, un Observatoire National des Violences Hospitalières (ONVH) a été fondé en 2005. Les missions conjointes de ces structures sont d'évaluer le degré d'insécurité présent en pratique, de créer et soutenir des actions de sensibilisation et de traitement des incidents avec les différentes instances concernées (santé et collectivités locales justice, sécurité intérieure, police et gendarmerie) [175,176].

L'ONVH a enregistré un doublement des faits signalés entre 2006 et 2010, respectivement 2690 contre 5090 [177]. De même, l'OSM a montré une augmentation de 80 % des déclarations de violences en 2010 [176].

Les agressions verbales et les menaces constituent le type d'incivilité majoritaire avec 63 % des incidents déclarés. Nous pouvons noter que les spécialistes les plus touchés seraient les ophtalmologistes (7 %), les médecins du travail (4 %) et les psychiatres (3 %), tandis que les motifs d'agression invoqués seraient l'insatisfaction liée à la prise en charge, l'opposition du médecin à une demande spécifique du patient (refus par exemple d'une prescription ou d'un arrêt de travail), la longueur du délai d'attente ou encore les tentatives de vol [175,176]. Ces faits impliquent une incapacité temporaire de travail dans environ un cas sur dix, voire un décès dans d'autres cas : en France, 40 médecins, dont 12 femmes, ont ainsi été tués dans l'exercice de leur profession en vingt ans [120,123,142,156].

Le rapport Costargent de 2001 fait état d'un nombre d'arrêts de travail dans le cadre de violences subies par les médecins supérieur à celui retrouvé chez les salariés du régime général [120], tandis que l'enquête SESMAT relève un taux de 28,8 % de praticiens victimes de « violence des patients ou de leur famille au moins une fois par mois » [129].

Cette violence serait potentiellement majorée par les incohérences institutionnelles, telles le défaut de concertation au sein de l'équipe de soins et les difficultés de circulation de l'information. Dans la moitié des cas, il semblerait que la configuration des locaux ne favorise pas les échanges entre les soignants, le couloir devenant parfois le seul lieu de communication du médecin avec ses différents collègues. Le harcèlement des patients achève de fragiliser une relation médecin-malade déjà malmenée par certains facteurs plus spécifiques du milieu hospitalier : le praticien n'est pas choisi par le soigné, au contraire du médecin traitant ; la relation est de plus courte durée, laissant ainsi moins de latitude au déploiement d'une alliance thérapeutique solide ; les proches, potentiels partenaires de soins, sont généralement moins bien connus.

« Gérer la tempête émotionnelle, normale, de l'entourage, c'est pas facile et heureusement pas fréquent. [...] C'est plus ou moins difficile selon les personnes : si on arrive à se décentrer, ça passe mieux. Mais dans un contexte de stress, de surcharge, etc..., ça peut être le truc de trop. » Urgentiste, H, 38 ans.

4.2.3. AUTONOMIE

Les indicateurs pris en compte sont l'autonomie procédurale, la prévisibilité du travail, l'utilisation et le développement des compétences, la participation/représentation du travailleur [158]. Ils ont été choisis notamment en référence à la notion globale de marge de manœuvre ou latitude décisionnelle développée par Karasek dans les années 1970 [177].

Dans la littérature, les facteurs suivants reviennent régulièrement : contrôle insuffisant du médecin sur son travail avec manque de latitude pour l'organisation du planning, ingérence ressentie dans l'exercice médical, avec les références médicales opposables (RMO) et autres objectifs de santé publique, difficultés à s'adapter aux recommandations, contraintes liées aux pratiques de formation, évaluation et autres préventions [63,125,127,178,179,180,181,182, 183].

La forte organisation hiérarchique hospitalière devient source de pression supplémentaire lorsque la justification permanente auprès des responsables, épuisante en elle-même pour le médecin, alourdit encore un planning déjà chargé en heures supplémentaires [3].

« En même temps, l'hôpital est une entreprise, mais on devrait pas avoir à se justifier quand on fait de la médecine... » Neurologue, F, 48 ans.

A l'inverse, plusieurs travaux suggèrent l'impact positif du soutien de l'autonomie procédurale en termes affectifs, cognitifs et comportementaux ; cela permettrait en effet au médecin de pouvoir appliquer et respecter au mieux ses propres valeurs dans le cadre de son activité professionnelle.

A l'inverse la multiplication des guidelines, des recommandations et RMO, engendrant des difficultés d'adaptation pour 65,4 % des médecins toulousains [118], ou encore les procédures de saisie de traçabilité et de contrôle, diminuent la latitude décisionnelle du praticien qui peut en arriver à se sentir quelque peu dépossédé de sa pratique, pour ne devenir qu'un technicien de la santé appliquant certaines normes [16].

« Avec les recommandations officielles, on est subrepticement conditionné. On nous implique dans les processus décisionnels, les administratifs s'impliquent également, il y a une inculcation progressive... » Hématologue, H, 41 ans.

L'augmentation des contraintes collectives (formation, évaluation, prévention, économies de santé) est citée comme cause de burn out par 82,7 % de ces praticiens et l'impression d'une insuffisance d'indépendance professionnelle par 55,8 % [118]. Ce sentiment semblerait de plus renforcé par les modifications apportées par la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) de 2009 [184], instituant notamment une gouvernance unique par un directeur administratif et remplaçant l'ancien conseil d'administration par un conseil dit de surveillance.

De la même façon, l'organisation des services fonctionnant souvent à flux tendu peut s'avérer un obstacle à la formation et à l'enrichissement des connaissances, facteur intervenant dans la sensation d'épanouissement au travail. Ce point sera d'autant plus facilement négligé en cas

d'absence de l'un, voire plusieurs, des membres de l'équipe médicale, qu'il s'agisse d'un phénomène ponctuel (arrêt maladie, ...) ou d'une vacance totale du poste dans certains cas de « déserts médicaux hospitaliers » [185] ; cette situation engendre en effet un surcroît d'activité pour les autres et risque de renforcer l'impression pénible de devoir avant tout répondre aux besoins du service au détriment de toute aspiration personnelle.

« Le dernier que j'ai eu, le pauvre s'était retrouvé seul parce que ses 2 collègues avaient démissionné dans la foulée. Au niveau recrutement ils n'arrivaient pas à combler donc il se retrouvait seul ; quand c'est 1 semaine, 15 jours ça va, mais quand ça perdure 2, 3, 4 mois, à la fin vous n'en pouvez plus, vous avez tout sur le dos. » Médecin du travail.

Nous pouvons enfin souligner l'importance de se sentir associé aux prises de décisions concernant le service, fait de nature à soutenir le sentiment d'appartenance à une équipe de soins, et au-delà à une institution. Cela permet de plus de lisser les potentiels clivages créés par le cadre hiérarchique en place dans le milieu hospitalier, ou encore d'apaiser l'anxiété générée par certains phénomènes comme les fusions hospitalières : selon le psychiatre Alain Lutz, cette situation entraînerait « chez de nombreux médecins la sensation soudaine et injuste d'être dépouillés de ce qu'ils ont construit » et engendrerait au niveau du collectif de travail « une peur légitime » [37].

« Je ne sais absolument pas ce qu'il va se passer plus tard, [...] je suis pas sûr que ça évolue en bien. » Chirurgien, H, 33 ans.

4.2.4. RAPPORTS SOCIAUX

Quatre sous-dimensions reflétant les rapports sociaux professionnels ont été identifiées : le soutien social, la violence au travail, la reconnaissance du travail effectué et enfin le leadership, en tant que reflet de la gestion de la communication et de l'organisation du travail. Le rapport du collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS précise que le concept de soutien social au travail, développé notamment par Johnson en complément au modèle de Karasek, renvoie à la solidarité au sein du groupe, la cohésion dans le collectif et l'appui reçu de la hiérarchie ; la violence au travail comprend les comportements méprisants, le déni de la qualité du travail et les atteintes dégradantes [158].

Nous retrouvons chez les différents auteurs, notamment Madeleine Estryn Behar, les éléments liés aux difficultés rencontrées dans le travail d'équipe, le mode de direction de l'unité, l'esprit de compétition (dans les milieux universitaires en particulier), le manque de reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques, voire leur harcèlement, les conduites harcelantes basées sur le sexe et la discrimination raciale, la violence de la part des autres soignants [4,24,37,40,159,178].

4.2.4.1. A la recherche du support social.

Les théories systémiques mettent en lumière l'impact fondamental des interrelations humaines dans la genèse de tout trouble psychopathologique ; la part de l'environnement social constitue donc un facteur essentiel à étudier dans le cadre du syndrome d'épuisement professionnel.

4.2.4.1.1. *Le temps perdu.*

De même que nous évoluons dans une société marquée par des processus d'accélération, nous rencontrons en milieu hospitalier une intensification des rythmes ainsi qu'une tendance à l'immédiateté.

« *Je me vois mal tenir le rythme jusqu'à la fin de ma carrière.* » *Neurologue, F, 48 ans.*

Cette culture de l'urgence autorise peu de possibilités d'échange et permet l'accumulation des émotions négatives des soignants (impuissance, échec, frustration, tristesse, colère...). Progressivement un paradoxe s'installe : les impératifs de soins sont érigés en principes défensifs afin d'éviter aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques et leurs ressentis anxiogènes [4].

Le temps de conversation entre collègues ou avec les patients apparaît de plus en plus secondaire au regard du soin technique. En 1990, une étude ergonomique d'Estryn Behar et Fouillot concernant 10 services d'établissements de soins parisiens a montré que les échanges oraux, bien que nombreux, sont d'une durée brève, inférieure ou égale à 2 minutes dans 94 % des cas [4].

Or, « s'arrêter pour réfléchir n'est jamais un luxe » [4], notion particulièrement ancrée dans les services de psychiatrie parfois ciblés comme lieux de réunionites. Ce temps de verbalisation semble essentiel pour désamorcer les situations complexes vécues au sein de l'hôpital, notamment concernant la charge émotionnelle, et redonner du sens au métier dans une « ère de l'exécutif rapide qui institutionnalise un savoir-faire sans mots » [4]. Le développement d'une pratique basée sur un mode opératoire et l'écrasement des espaces

transitionnels constituent ainsi des facteurs de RPS non négligeables des médecins hospitaliers.

« On se parle par clics interposés. On a deux réunions dans la semaine, le seul moment où l'on se voit. Alors que c'est le bureau d'à côté, je peux ne pas le voir de la semaine. Il est dans son bureau, je suis dans mon bureau, et on s'envoie des mails ! » Neurologue, F, 48 ans.

4.2.4.1.2. Le double cloisonnement.

A un niveau réel, cette séparation existe au sein de l'hôpital par le biais de l'organisation architecturale qui découpe l'espace en différentes unités de soins ; à un niveau symbolique, il s'agit des clivages institués entre les personnes, qu'elles appartiennent à des groupes de spécialités distinctes, à un même pôle d'activité ou encore à un même service. Les liens hiérarchiques interviennent particulièrement dans cette dernière configuration ; en ce qui concerne le médecin, son statut lui prêtant naturellement une forme d'autorité au regard de l'équipe, il n'est pas rare qu'il se retrouve à l'interface de plusieurs différents.

« Je travaille en transversalité, je vois beaucoup de cloisonnements ! » Médecin en soins de support, H, 36 ans.

La rupture de la communication, les non-dits et autres enjeux de pouvoir développent la sensation d'isolement, cité dans la littérature à 61,6 % [118]. Pour Canoui et Mauranges, « le fantasme naît de l'inconnu et s'exprime de façon beaucoup plus anxiogène qu'une réalité même douloureuse. Rien n'est pire que l'absence d'associations qui provoque un sentiment d'exclusion et ne reconnaît pas l'autre » [4]. L'entrave à la libre circulation de la parole

enkyste les conflits relationnels ; une mauvaise ambiance de travail serait ainsi plus lourde à supporter pour les soignants que l'accompagnement des malades dans leur pathologie.

« Pas facile pour un médecin d'exprimer ses émotions au travail. “ On est fort, on pleure pas ”, après ça fait un peu chacun dans son coin ! » Hématologue, H, 41 ans.

« C'était pas la norme de se demander des avis les uns les autres, “on est médecin, on est sensé tout savoir”, et du coup on reste avec des angoisses sans oser poser de questions aux autres parce que ça ne se fait pas. » Endocrinologue, F, 36 ans.

4.2.4.1.3. Le monde du silence.

Le milieu hospitalier est régi par cette loi tacite : étayée initialement sur le principe du secret médical, elle aurait progressivement évolué comme un moyen de taire certaines plaintes, pratiques, questions gênantes, ou encore violences...

De même que « la mort est silencieuse, le fonctionnement hospitalier l'est également » [4], protégeant le soignant grâce à cette forme d'économie psychique mais l'enfermant inévitablement dans une solitude délétère, à l'instar des facteurs développés en amont.

« C'est quand même un milieu assez dur le milieu médical, globalement il est mal vu d'être plaintif, on est obligé d'avancer ! » Chirurgien, H, 33 ans.

4.2.4.2. La quête de la reconnaissance.

La solitude ressentie par le praticien dans son exercice professionnel peut provenir en premier lieu d'un manque de cohésion ressenti du corps médical dans son ensemble.

« Chacun est dans son truc, on a l'impression de faire plus que l'autre. C'est vrai qu'on a l'impression en SSR de ne pas être reconnu par les cardiologues, par les gens "biens", et qu'on est les poubelles... » Médecin en soins de suite et rééducation, F, 59 ans.

Alors qu'une certaine forme de compétitivité se fait jour, les pratiques de compagnonnage se raréfient, de même que les séances de supervision et d'enseignement propices au développement d'un soutien confraternel [4,117,157,163,167]. Au-delà de ce défaut de reconnaissance horizontal, le manque de gratifications reçu de la part des supérieurs hiérarchiques constitue un facteur de stress important, une pression de leur part étant avancée à 73,1 % comme cause de burn out [118].

Nous avons déjà évoqué le processus de construction identitaire de l'individu : dans le champ social, il est principalement vectorisé par le travail. Cependant, ce soutien serait insatisfaisant pour 65,2 % des médecins de l'enquête SESMAT [129]. Une autre étude montre de plus que parmi les quatre sources de support social identifiées (hiérarchie, pairs, conjoint, proches), celle impliquant les supérieurs est la plus fortement corrélée au burn out [83] : une diminution de ce type de reconnaissance engendre ainsi une progression des niveaux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, associée à une réduction d'accomplissement personnel.

« On a tous le besoin d'être utile, reconnu, aimé ! » Neurologue, F, 48 ans.

4.2.4.3. L'émergence de la violence.

Nous avons traité précédemment de l'insécurité naissant des incivilités dont font parfois preuve les patients et leurs proches ; la réédition de l'ouvrage de Canoui et Mauranges sur le burn out à l'hôpital [4] aborde en outre le thème délicat de la maltraitance potentielle dans la

relation thérapeutique, naissant cette fois de l'équipe de soins elle-même. Il est aisé de comprendre les réticences habituelles pour évoquer ce sujet, frappé du sceau de la honte.

Les auteurs se sont donc saisis de la question des rapports entre violence institutionnelle et syndrome d'épuisement professionnel. Ils rappellent dans un premier temps que l'art du soignant réside dans sa capacité d'ajustement relationnel ; la bonne distance thérapeutique garantit ainsi l'efficacité des pratiques et renforce le sentiment de satisfaction au travail. Le professionnel épuisé ne parvient plus à s'adapter de cette façon et tend à mettre l'autre à distance pour se protéger : lorsque les mécanismes de défense défont, la dimension de déshumanisation du burn out apparaît, et l'ensemble du système relationnel thérapeutique est mis en péril par défection empathique.

Cette situation creuse progressivement le lit de la violence, d'abord verbale et comportementale : paroles froides, regards hostiles, indifférence, cynisme, réduction du patient à un numéro de chambre ou une pathologie, agressivité, irritabilité, manque de disponibilité, ...

« Oui, cynisme, ras le bol, sensation d'épuisement, on voit ça souvent chez les urgentistes. [...] Tous les médecins le font, et dès nos études ; l'humour noir, c'est une soupape ! »
Urgentiste, H, 38 ans.

La maltraitance peut ainsi être d'ordre physique ou psychologique : brutalité, chantage affectif, privations, répression, usage intensif de médicaments, négligence de l'intimité et de la pudeur, ... La mise en évidence de ces situations ne devrait pas avoir pour finalité de condamner des actes individuels, mais pourrait permettre d'alimenter un débat de fond en

s'interrogeant sur les causes génératrices de violence. « Tantôt maltraité, tantôt maltraitant, c'est la double face du soignant qui craque » [4].

4.2.5. CONFLITS DE VALEURS

La dimension de souffrance éthique est ici interrogée : le concept d'impératifs dissonants décrit par certains auteurs [186] renvoie au fait que certaines tâches incombant au travailleur dans le cadre de son métier peuvent s'opposer à ses convictions personnelles. Deux indicateurs sont rattachés à cette catégorie : les conflits éthiques et la sensation de qualité entravée [158].

Nous retrouvons cette fois dans la littérature les notions de conflit de rôle, le décalage entre les valeurs morales de l'individu et les exigences imposées par la profession, le sentiment de ne pas avoir la possibilité de donner des soins de qualité, les contraintes organisationnelles liées au récent mode de gestion hospitalière à la manière d'une entreprise, le risque médico-légal ou encore l'environnement de travail physique [24,40,48,138,161,162,178].

4.2.5.1. Le poids judiciaire.

Jeammet suggère qu'il existerait une ambivalence fondamentale du patient à l'égard du médecin, objet d'une crainte respectueuse « car on le charge des secrets que l'on imagine, et on lui prête une toute puissance de caractère magique », mêlée d'une dose d'agressivité [186]. Cette dualité de la relation s'exprimerait encore plus nettement ces dernières années ; la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ou encore la multiplication des recommandations de bonnes pratiques accentuent une forme de pression médico-légale. Les patients seraient de plus en plus exigeants, arrivant parfois en consultation déjà largement documentés sur leur maladie ; aux Etats-Unis, il existe ainsi un site Internet où

les malades décrivent leur cas ainsi que le diagnostic du médecin consulté, soumis à l'avis critique des spécialistes virtuels [37].

Alors que le nombre de procès intentés aux médecins ne cesse de croître, la crainte des litiges et des attaques juridiques, corrélée à un degré élevé de burn out, constitue un facteur majeur de stress des médecins hospitaliers comme de leurs confrères libéraux [84,123,125,142,156, 159,163]. Nous retrouvons dans les travaux du CHU de Toulouse 61,5 % des médecins considérant comme cause de burn out l'augmentation du risque de contentieux juridiques (avec un confrère, un patient, l'Ordre, la sécurité sociale, le fisc, ...) [118] ; une autre étude datant de 2002 montre qu'ils sont 2 sur 3 à craindre l'erreur médicale [120], tandis qu'ils sont 58,6 % dans SESMAT [129] à se déclarer souvent ou toujours « préoccupés par la crainte de faire des erreurs », les éventuelles poursuites étant considérées comme stressantes, voire très stressantes, pour 67 % des sujets effectivement exposés [187]. L'impact des erreurs médicales se manifesterait par une grande détresse chez les praticiens [188], qui jugent en général le soutien potentiel de leurs pairs insuffisant dans ce cas [189].

« La pression médico-légale, ça peut vraiment être vécu comme... ça peut mettre fin à une carrière. Quand tu lis la jurisprudence, c'est un peu flippant ; tu te dis que tu n'as pas le droit à l'erreur, mais en même temps c'est normal, y'a une ambivalence. Mais c'est pas parce que ça me semble normal que c'est pas difficile, à un moment donné t'as déjà la vie des gens sur les épaules, c'est vrai qu'[...] il peut y avoir un trop plein de pression. » Urgentiste, H, 38 ans.

4.2.5.2. La question financière.

De nos jours, le médecin se voit attribuer un rôle à jouer dans le système économique. Cette exigence est de nature à entrer en contradiction avec l'idéal du soin tel que se le représente le

professionnel ; environ la moitié des médecins de l'étude SESMAT se disent ainsi insatisfaits de leurs possibilités d'apporter aux patients les soins dont ils ont besoin [129].

« J'ai fait un burn out du chef de service à l'époque de la T2A, devoir faire de la rentabilité, c'était trop pour moi, ça devenait insupportable. Cette impression de lourdeur sous une apparence d'organisation beaucoup plus cadrée... C'est extrêmement lourd car il y a tout le temps une inertie. » Pédiatre en néonatalogie, F, 57 ans.

« Cette contrainte, on n'arrête pas de nous la sortir. Il y a une dérive complète pour moi dans la prise en charge des patients [...], il faut qu'ils restent entre 4 et 8 jours sinon on perd de l'argent... » Médecin en soins de suite et rééducation, F, 59 ans.

Cette souffrance éthique [190] est au carrefour de différents éléments décrits par Pierre Klotz [191] :

- le degré d'ajustement du soignant aux attentes des soignés mais également aux siennes
- la correspondance aux compétences qu'il s'attribue
- la capacité de se montrer critique envers l'apprentissage reçu
- la considération des intérêts des patients comme prioritaires aux siens et à ceux de la collectivité.

La pression ressentie de la part des caisses d'assurance-maladie et de la sécurité sociale est susceptible de renforcer cette impression de primauté d'une logique comptable sur une logique de soins.

« C'est aussi pour ça que je n'ai pas fait de libéral, et maintenant l'écart se resserre entre les deux, avec une pression financière [...], la nécessité de compter le nombre de patients qu'on voit, la nécessité d'aller vite pour voir beaucoup de monde, ... » Endocrinologue, F, 36 ans.

« Le poids des décisions administratives hallucinant et même anti-professionnel ! On n'a pas été formé à gérer des hôpitaux, ni même des services, ça engendre une incompréhension et des clivages de plus en plus marqués. [...] Y'a une pression financière qui est importante, qui perturbe complètement l'activité médicale. » Chirurgien, H, 33 ans.

4.2.5.3. L'influence de l'environnement.

Le conflit de valeurs et l'impression de ne pouvoir délivrer des soins de qualité sont également associés dans une plus large mesure aux variables environnementales regroupées dans le système des 5 M : milieu, matières premières, matériel, méthodes de travail, main d'œuvre [4].

Une étude de 1995 de l'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) montre que « les contraintes d'ambiance physique sont ressenties par beaucoup comme des inconvénients : la lumière artificielle 55 %, le bruit 50 %, la chaleur 44 %, les odeurs 43 % » [4]. Une attention particulière doit ainsi être portée à l'architecture hospitalière, l'organisation des services étant tributaire de l'espace : les postures de travail sont parfois pénibles, les pièces où s'échangent les transmissions trop petites, etc...

Concernant les divers produits auxquels sont confrontés les soignants en milieu hospitalier, des anesthésiques aux antibiotiques en passant par les solvants, l'enquête précédemment citée indique que « les risques majeurs présents sont infectieux pour 53 % des répondants, liés aux produits toxiques pour 31 % et aux rayonnements ionisants pour 15 % » [4].

Le matériel et les locaux, qu'ils soient non conformes, dangereux ou encore simplement vétustes, constituent également un agent stressant susceptible de participer à la genèse d'un épuisement professionnel. Prendre en compte cet aspect dans l'amélioration des conditions de

travail permettrait d'encourager l'efficacité et le confort de l'équipe, donc celui des patients par extension.

La problématique des méthodes de travail intervient également dans le sens où tout changement de règles antérieurement établies nécessite une adaptation : ces modifications, certes créatrices de dynamisme, deviennent potentiellement sources de tension et d'insatisfaction lorsqu'elles sont vécues comme arbitraires et imposées.

Enfin, la question du personnel en terme quantitatif se pose, l'insuffisance des effectifs semblant être une composante essentielle dans tous les hôpitaux [4].

4.2.6. L'INSECURITE SOCIO-ECONOMIQUE

Les différents facteurs précédemment évoqués participent au sentiment d'une détérioration des conditions générales de l'exercice médical ces dernières années, partagé par près de la moitié des médecins à en juger par un sondage de l'Ordre fin 2002. Pour eux, ces modifications seraient en lien avec le comportement des patients (30 %), la dégradation du statut médical dans l'opinion publique (50 %), mais surtout le risque de procès pour erreur médicale (60 %) [120].

« Y'a quand même beaucoup de médecins qui ressentent ça je pense, notamment les jeunes ont très peur de se retrouver au tribunal, etc... » Neurologue, F, 48 ans.

Cette évolution du contexte d'exercice renvoie également au dernier axe développé par Gollac [158], relatif au cadre socio-économique. Deux indicateurs sont concernés : la soutenabilité du travail et l'insécurité de l'emploi, définie comme « l'impuissance ressentie à préserver la continuité souhaitée dans une situation de menace sur l'emploi » et théorisée par Siegrist en

tant que perte du contrôle sur son statut professionnel (sentiment de maîtrise, efficacité, estime de soi) ; les différents chercheurs distinguent l'insécurité quantitative, c'est-à-dire la menace imminente d'une perte de poste réelle, et qualitative, correspondant à l'atteinte des caractéristiques valorisées du métier (rétrogradation, détérioration des perspectives de carrière, des conditions de travail ou de la rémunération) [158].

Les données de la littérature relèvent l'anxiété générée par l'incertitude concernant l'avenir du système de soins [37], la problématique du salaire et surtout le sentiment d'insatisfaction générale liée à la carrière [40].

*« Je suis plutôt satisfaite actuellement, mais c'est l'avenir qui me préoccupe, avec le départ à la retraite de nombreux confrères, et la pénurie de médecins à venir dans les 5 ans. »
Psychiatre, F, 32 ans.*

L'étude toulousaine [118] relève ainsi comme facteurs de burn out d'ordre professionnel une rémunération jugée insuffisante pour 55,8 % de l'échantillon, une précarité liée au statut (vacation ou contrat à durée déterminée) pour 13,5 %, des perspectives de carrière impossibles pour 63,5 %, associées à une impression globale de ne pas (ou plus) s'accomplir dans son métier pour 53,8 %.

« La loi HPST a introduit des salaires différents au sein des hôpitaux, le degré d'insatisfaction est là. La variable d'ajustement du salaire du médecin hospitalier, c'est la garde ; y'a beaucoup de jeunes médecins qui multiplient les gardes et donc la pénibilité. » Neurologue, F, 48 ans.

Dans l'enquête de l'URML de Bretagne en 2003, nous identifions 9,6 % seulement de l'ensemble des spécialistes qui ressentent une efficacité dans le cadre de leur métier, 24 % des médecins interrogés qui se déclarent déçus par rapport à leurs attentes, 30 % qui changeraient de profession s'ils en avaient la possibilité, ou encore 49 % qui estiment avoir bénéficié d'une préparation professionnelle inadéquate [162].

*« Oui je rechoisirais ma carrière, mais pas dans le contexte actuel, comme avant... »
Médecin en soins de suite et rééducation, F, 59 ans.*

Une autre étude a de plus montré un sur-risque touchant les trois dimensions du burn out en pratique hospitalière comparativement à la pratique privée, notamment en ce qui concerne la réduction d'accomplissement personnel [191].

« [A refaire,] je m'installerais après quelques années à l'hôpital (secteur 2 de préf). et hop plus de gardes, de week-ends gâchés, de réunions inutiles, ... et puis quitte à travailler 50 heures et plus par semaine j'aurais gagné beaucoup mieux ma vie, sans la crainte d'une retraite misérable... » Psychiatre, H, 54 ans.

Cette très large proportion d'insatisfaits pourrait « être mise en rapport avec les mutations que connaît, à l'heure actuelle, le monde de la santé et qui se traduisent, entre autres, par la diminution du nombre de lits hospitaliers par habitant, la réduction du temps de séjour des patients hospitalisés avec pour conséquence la densification des soins, l'augmentation de la technicité de certains traitements, et plus largement, la tendance à vouloir transformer l'hôpital en un plateau médico-technique au détriment de l'humain » [20].

Ces changements s'inscrivent en premier lieu dans un mouvement commun au monde du travail d'évolution des pratiques depuis la seconde guerre mondiale. En 1985, Bibeau s'est intéressé aux modèles culturels rencontrés successivement :

- dans les années 30, nous repérons une éthique du travail fondée sur les valeurs chrétiennes traditionnelles et l'idéologie capitaliste
- dans les années 60, nous assistons au « chaos de la consommation » sur fond de croissance économique, opérant une dichotomie entre vie professionnelle et vie privée
- dans les années 70, nous observons une montée des revendications pour une amélioration de la qualité de vie des travailleurs, désormais sensibilisés aux attraits de la sphère privée
- dès les années 75, nous constatons une intensification de leur mécontentement, associée à une tendance à « désinvestir de plus en plus leur travail » [192].

Quant à la médecine plus précisément, sa conception moderne techno-scientifique afficherait la volonté de repousser encore plus les limites, invitant les médecins « emportés dans cette illusion mégalomane à tenir un rôle de toute puissance que la société civile leur demande de jouer ». Si ces derniers réussissent souvent, la mort n'en demeure pas moins, transformant ce qui ne serait en fait qu'une « impossibilité » en un douloureux « élément d'impuissance » [193].

Les hôpitaux sont devenus des ghettos pour la souffrance, la maladie et la mort, où s'opère un biais de recrutement des patients difficiles [4]. Les soins ambulatoires s'étant en effet considérablement développés, sont généralement hospitalisés les malades les plus lourds sur le plan des pathologies comme de la détresse psychosociale, et par conséquent les moins gratifiants sur le plan de la réussite soignante : nous identifions ainsi un énième facteur inhérent au milieu hospitalier qui participe à la réduction de l'épanouissement des PH.

Les drames inhérents à l'existence humaine seraient de fait rejetés dans ces milieux spécialisés et déchargés sur les soignants, tenus d'affronter quotidiennement derrière les portes de l'institution le tabou de la mort, avant de revenir à leur vie civile sans le laisser transparaître : leur syndrome d'épuisement professionnel constituerait en partie une manifestation de cette mission irréaliste que la société leur a confiée, le médecin étant en première ligne de cette chaîne de soins en tant que dépositaire présumé du savoir et du pouvoir [193].

« *C'est pas facile tous les jours, mais on essaie de tenir le cap.* » *Psychiatre, H, 38 ans.*

4.3. LA SITUATION DES INTERNES

Si le sujet de notre travail concerne les médecins hospitaliers, nous choisissons néanmoins de développer un point concernant les internes, en tant que membres du personnel médical hospitalier dont le statut amène quelques spécificités sur le plan des facteurs de RPS. Le processus de désenchantement face au métier peut être accéléré chez ces jeunes médecins dès le début de leur cursus, par une vocation déçue dans leur choix de spécialité ou encore un déracinement de leur région d'origine.

4.3.1. EPIDEMIOLOGIE

Au niveau international, nous retrouvons des résultats datant de 2002 à 2006 qui varient de 45 % à 76 % d'internes en burn out, avec des taux pour les 3 dimensions respectives allant de 17,57 % à 26,4 %, 6 % à 26,9 % et 28,2 % à 38,68 % [194,195,196,197,198].

En France, le pourcentage d'internes sujets au burn out varie selon des études de 2008/2009 autour de 45 %, avec un épuisement émotionnel oscillant entre 16 et 19 %, une

dépersonnalisation entre 35 et 50 % et une atteinte de l'accomplissement personnel entre 21 et 33 % [24].

D'autres travaux proposent leurs données autour des 3 dimensions fondamentales du syndrome : les internes du CHU de Bordeaux [199] et de Tours [200] seraient respectivement 20,8 % et 28 % à présenter un épuisement émotionnel élevé, 47,8 % et 28 % une déshumanisation élevée, 20,8 % et 36 % un accomplissement personnel bas. Ces chiffres respectifs sont de 24,1 %, 42 % et 48,6 % chez les internes de médecine générale d'Ile-de-France [197], ou encore de 18 %, 39 % et 20,8 % chez ceux d'Aquitaine [201].

Nous pouvons enfin citer une analyse portant sur l'ensemble des internes en médecine générale de France qui identifie un score élevé moyen d'épuisement émotionnel de 20 %, de dépersonnalisation de 9,7 % et un score d'accomplissement personnel bas de 34,8 % [24]. Cette étude suggère en outre que le milieu hospitalier représenterait en lui-même un risque psychosocial : les internes travaillant à l'hôpital sont ainsi 7,3 % à présenter les 3 scores morbides contre 4,7 % de leurs confrères en stage ambulatoire ; ils seraient de même plus stressés, auraient une hygiène de vie moins saine et consacraient moins de temps à leur entourage.

4.3.2. DE RESSEMBLANCES ...

Le dernier travail cité [24] a identifié à travers les propos des différents internes interrogés les principaux facteurs de risque précédemment décrits, à commencer par la problématique de l'organisation du travail marquée par des enjeux financiers.

« Le problème du burn out serait [...] plutôt dû à la rentabilité attendue du personnel hospitalier avec la tarification à l'activité, qu'à la relation aux malades. Travail parfois trop préci

pité, qui se veut productif, on ne prend plus le temps. Ce n'est pas d'une oreille attentive dont le personnel hospitalier aurait besoin, mais d'une modification des conditions de travail. »

Certains évoquent l'insatisfaction générale à l'origine du désir de reconversion ainsi que la facticité des émotions.

« Personnellement je n'aime plus mon travail. J'ai déjà changé de filière en spécialité pour la médecine générale et je n'aime toujours pas. Chaque jour, je pense arrêter mais à cause de la pression socioprofessionnelle et familiale, je ne le fais pas. Ne pas aimer son travail est la pire des choses qui puisse arriver dans la vie... Alors je pense que je continuerai chaque jour à me lever et me coucher en pleurant, tout ça en jouant la mascarade, et porter un masque de « bonne humeur et de dynamisme » pour faire semblant ! »

D'autres encore désignent la recrudescence des incivilités et de la violence.

« Je pense que ce sont principalement les patients qui en nous mettant la pression, nous conduisent au burn out. L'accès aux services de santé est trop facile selon moi [...]. Ce n'est pas gagné mais il faut changer les habitudes de surconsommation médicale selon moi. »

« Nos lieux d'exercice sont des lieux où se joue l'humain et paradoxalement c'est un des lieux où l'on peut voir le plus facilement de l'inhumain (entre soignants, envers les patients). »

La thématique de la confrontation à la souffrance et aux attentes de la société du supposé pouvoir médical est également abordée.

« On se sent souvent seul avec nos ressentis, nos doutes, nos craintes face à la mort, aux soins palliatifs, aux maladies chroniques, face à l'impuissance de la médecine surpuissante que l'on nous a enseignée et qui ne l'est pas en réalité. »

Blanchard présente la répétition des décès de patients des internes en cancérologie comme un facteur significativement associé au burn out [202]. Ces faits sont corroborés par Feraudet qui retrouve un épuisement émotionnel plus important chez les internes bordelais fréquemment confrontés à la mort de leurs patients. Toujours selon cette analyse, la prise en charge de malades plus simples, donc aux chances de succès thérapeutique plus grandes, permettrait de préserver l'accomplissement personnel [199].

Nous repérons encore la question de l'interruption des tâches illustrée par le même auteur : 28,3 % des internes bordelais disent en souffrir, au même titre qu'ils sont influencés par leur environnement avec la présence de nuisances sonores, produites par exemple par les bips et téléphones, qui augmentent la proportion d'épuisement émotionnel pathologique [199].

Dans la région Centre enfin, la sensation de mal-être global est en lien avec la surcharge de travail, qu'il s'agisse du nombre de gardes mensuelles ($p = 0,02$), du volume horaire dans le service ($p = 0,014$) ou de l'absence de pause déjeuner ($p = 0,03$) [205].

Citons enfin le conflit de valeurs suscité notamment par le décalage entre les attentes personnelles et les réalités de terrain, telles les contraintes de service et les tâches non médicales [203], ou encore la notion de charge de travail des plus jeunes médecins : leur nombre aurait diminué ces dernières années, entraînant de fait une augmentation du volume de leurs prérogatives et du nombre de leurs gardes [204]. Près d'un étudiant bordelais sur deux se déclare ainsi gêné par ses horaires de travail, situation fréquemment corrélée à des

scores élevés d'épuisement émotionnel et de cynisme [199]. Une même association significative est identifiée chez les internes généralistes parisiens [197], ou encore les internes en oncologie de l'analyse de Blanchard [202].

4.3.3. ... EN DIVERGENCES

Nous commencerons par évoquer brièvement un fait controversé en fonction des études, à savoir les facteurs de vulnérabilité pour le burn out que constitueraient l'âge et le manque d'expérience des internes, ainsi que le suggèrent Maslach et Freudenberg [6,142]. Plusieurs autres auteurs ne relèveraient cependant pas d'association significative particulière entre ces variables [204,206,207,208].

L'ambiguïté de rôle serait en revanche une caractéristique de l'interne plus unanimement identifiée. Les dispositions légales le positionnent d'emblée dans un statut double, à la fois étudiant et salarié, qui participe à cette confusion. Ces difficultés liées au manque de clarté de la fonction sont également évoquées dans l'étude de Ernst, les internes strasbourgeois déclarant se questionner quant à leur légitimité de prescrire et de donner des directives de soins [203].

Les plus jeunes membres de la hiérarchie médicale hospitalière sont susceptibles de se trouver dans le schéma le plus défavorable de Karasek, qui associe des exigences professionnelles élevées à un contrôle faible. Leur latitude décisionnelle est en effet plus ou moins subordonnée à celle de leurs seniors, alors même que les responsabilités qui leur sont confiées sont importantes et parfois assumées dans une relative solitude ; Blanchard a ainsi relevé une association statistiquement significative entre burn out et désaccords avec les supérieurs chez les internes de cancérologie [202]. Lorsque ces divergences ne concernent pas directement un senior et son interne, ce dernier peut se retrouver au carrefour de discours contradictoires et

d'injections paradoxales dispensées par ses différents chefs : cette ambivalence génère de fait un stress particulier, comme tout conflit de loyauté.

Parfois donc appelé à prendre des décisions qui dépasseraient son champ de compétence, parfois considéré comme n'étant pas encore un « vrai » médecin, l'interne peut également souffrir d'un manque de reconnaissance, émanant de l'équipe paramédicale comme médicale. Il serait ainsi en difficulté pour trouver sa place dans un service de soins donné, cette situation étant accentuée par le changement régulier de stage chaque semestre. Ces éléments pourraient conduire à certaines dérives en matière de respect et de relationnel.

« - Et bien, oui ! C'est à vous de vous occuper de ça ! C'est un geste médical, vous ne savez pas ? Il y a tout le matériel dans la réserve, vous vous débrouillez ! » [137].

Plusieurs travaux ont identifié cette problématique : l'analyse bordelaise fait état d'un sentiment d'absence de reconnaissance pour 33,9 % de l'échantillon [199], pourcentage présentant par ailleurs un plus haut degré d'épuisement émotionnel que l'ensemble du groupe étudié (77,8 % contre 52,3 %). Le déséquilibre entre efforts consentis et récompenses obtenues, exposé dans le modèle de Siegrist, est au cœur du mal-être partagé par le tiers des internes de la région Centre [205] ; une association significative existerait entre cette situation d'iniquité et le score de burn out ($p < 0.001$) [202], notamment en ce qui concerne la dimension d'épuisement émotionnel élevé [209]. La thèse de Barbarin décrit même une sensation de harcèlement évoquée par 2/3 des internes interrogés, comme « le fait d'être humilié publiquement et de se faire crier dessus par les autres soignants », ce qui conduit l'auteur à comparer la période de l'internat à une forme de « bizutage » et de « rite de passage » pour chaque praticien en devenir [209]. S'agissant plus particulièrement de la prise en compte de l'interne par les seniors, une étude allemande a relevé un épuisement

émotionnel et une dépersonnalisation supérieurs en cas de relation jugée inéquitable [210] ; des résultats comparables sont observés à Tours [200].

Au manque de reconnaissance des internes par leurs supérieurs, s'ajoute éventuellement un défaut de soutien de leur part. Les pratiques de compagnonnage tendent à se raréfier ; l'Académie Nationale de Médecine a ainsi relevé dans son rapport de 2005 le manque d'encadrement dans les services hospitaliers [204], estimant que « compte tenu de l'évolution de la démographie médicale, il a été observé une forte réduction du nombre de chefs de clinique disponibles pour la formation des étudiants, et donc une carence de l'encadrement ». Cette caractéristique serait un facteur associé au burn out selon une étude barcelonaise de 2006 réalisée auprès de 162 internes en gynécologie-obstétrique [211] ; 18 % des internes bordelais ou encore 42 % de ceux de Tours rapportent un manque d'écoute ou de soutien de leurs chefs [199,200], et présentent parallèlement un score d'épuisement émotionnel élevé [200]. Dans la région Centre, les internes ressentiraient un mal-être moindre lorsqu'ils bénéficient d'un référent senior disponible dans leurs services ($p = 0,028$), mais considéraient en général qu'il existe une faille de supervision, la formation se résumant pour eux « la plupart du temps » à : « l'interne va gérer, il va apprendre sur le tas » [205].

Cette absence de reconnaissance et de soutien perçus accentue l'éventuel sentiment de solitude gagnant les internes : dans l'étude de la région Centre, ces derniers citent comme facteurs de risque de décompensation physique ou psychique le changement de stage semestriel, parfois dans un large périmètre, ainsi que l'isolement social [205]. A Strasbourg, ils mettent en avant les difficultés d'adaptation à un nouveau service tous les 6 mois qui amènent une sensation d'usure [203].

Nous décrivons enfin la question de la construction identitaire professionnelle, point fondamental pour tout individu comme nous l'avons précédemment évoqué. Jeammet, estimant que le parcours de l'étudiant en médecine se déroule souvent sous le sceau « de l'anonymat », juge que « bien des étudiants n'auront jamais l'occasion de bénéficier de rencontres privilégiées, c'est-à-dire personnalisées, qui leur permettraient d'asseoir leur identification sur ce dont elle a besoin pour s'étayer, à savoir une relation humaine ». Deux phases sont relevées dans ce processus identificatoire : « dans un premier temps », les internes se sentiraient « volontiers plus proches du malade et comme lui en position d'infériorité et dépendants du bon vouloir des médecins arrivés. La prise de contact avec le monde médical » n'en serait « pas facilitée » et pourrait « être l'occasion de heurts et blessures réciproques, inutiles, quand elles ne sont pas nuisibles. Si l'identification au malade prédomine au cours du premier cycle, celle au médecin va aller croissant au cours du deuxième cycle. C'est un des objectifs des études médicales que de permettre cette progressive acquisition de son identité de médecin ». Mais cette « situation de quête » dans laquelle sont placés les médecins en formation constitue une période de vulnérabilité et de fait un potentiel facteur de risque psychosocial supplémentaire par rapport à leurs confrères seniors [134].

Au sein de l'institution hospitalière, les médecins sont confrontés à l'ensemble des RPS identifiés et répartis selon 6 catégories : exigences au travail, exigences émotionnelles, autonomie et marges de manœuvre, rapports sociaux et relations au travail, conflits de valeur, insécurité socio-économique.

En tant que trouble dynamique résultant de l'interaction de facteurs individuels et environnementaux, le syndrome d'épuisement professionnel trouve ainsi dans le milieu

hospitalier un terrain propice à son développement, où peuvent entrer en résonance traits personnels de susceptibilité des médecins et facteurs de RPS.

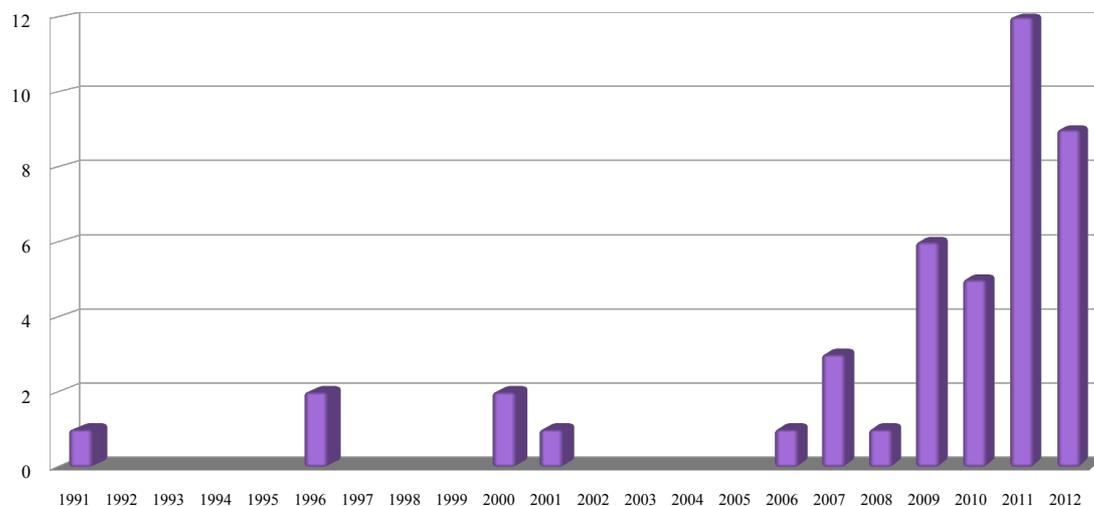
5. REVUE DE LITTÉRATURE

Nous vous proposons à présent une synthèse de différentes notions abordées précédemment à travers une revue systématique de la littérature centrée sur le burn out des médecins hospitaliers exclusivement, constituée majoritairement à partir de la base de données PubMed. La première sélection de 319 articles, établie à partir des mots-clés « burnout AND physicians AND hospital », a été réduite à 179 dans un second temps par l'ajout des termes « NOT depressive disorder NOT residents NOT general practitioners NOT nurses ».

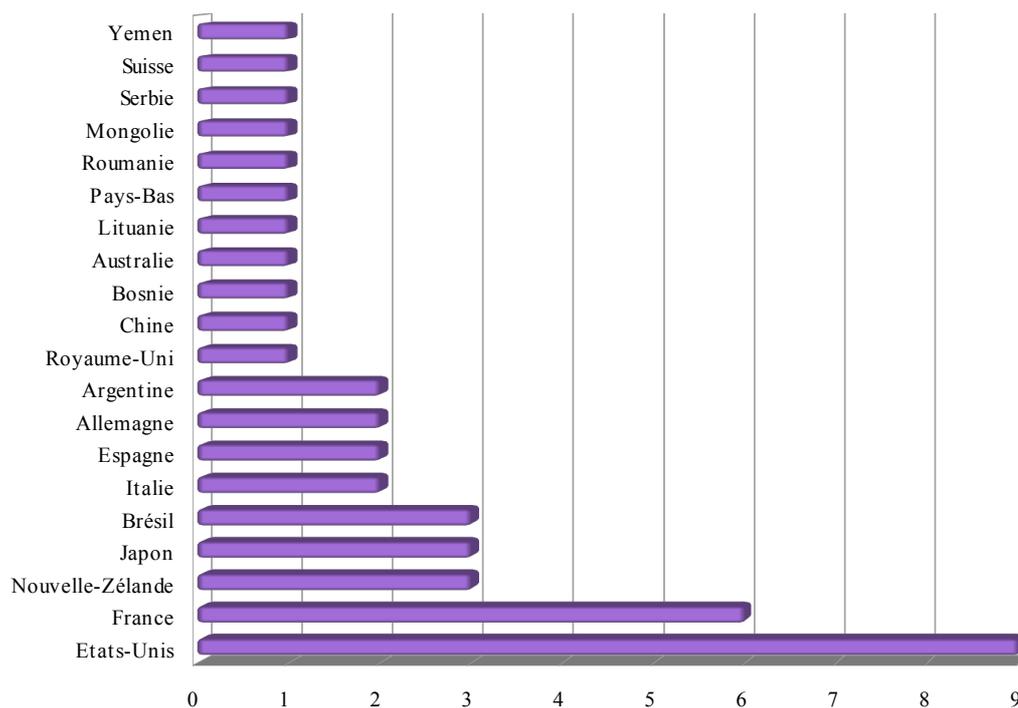
Ont ensuite été exclus les documents concernant tout de même principalement les internes ou les libéraux en dépit des filtres, sans possibilité d'isoler les résultats correspondant précisément au thème, ou encore ceux n'abordant pas directement le burn out mais s'attachant par exemple à la satisfaction générale au travail.

Au final, nous avons étudié 43 articles, dont 24 disponibles en version intégrale, publiés entre 1991 et 2013 dans 20 pays différents ; 14 s'intéressent à l'omnipratique et les autres ciblent des spécialités en particulier.

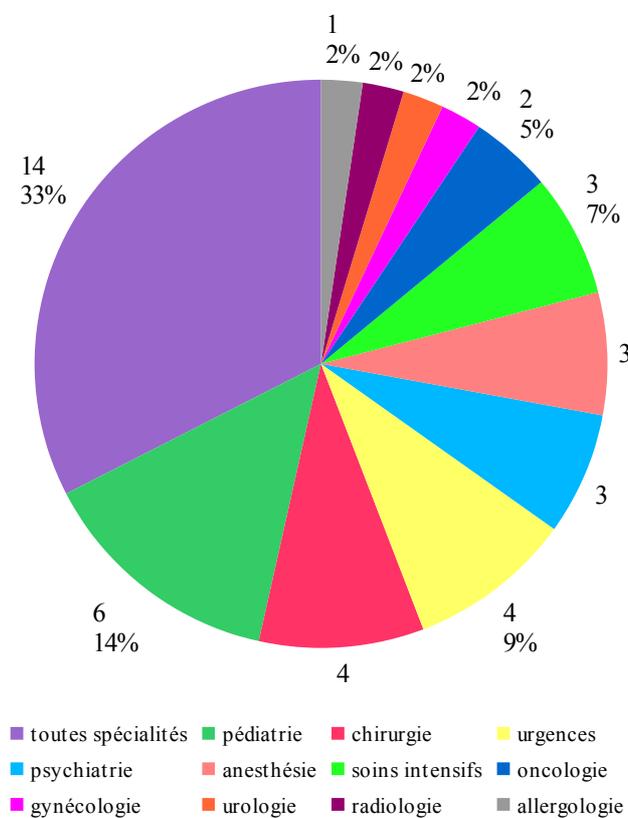
Evolution du nombre de publications sur le burn out des médecins hospitaliers depuis 20 ans



Origine des articles



Spécialités étudiées



5.1. EPIDEMIOLOGIE

5.1.1. SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Si la majorité des études a été publiée de 2010 à nos jours, des travaux précurseurs ont été entrepris dès les années 1990 aux Etats-Unis et relèvent des taux de burn out élevé pour 27 à 60 % des médecins hospitaliers, avec une médiane à 45,5 %.

1 ^{er} Auteur/ Année de réalisation/ publication	Nombre de sujets	Taux de réponse %	BO élevé %	Echelle	Spécialité	EE élevé %	DP élevé %	AP bas %
Guntupalli X/1996 [212]	248			MBI	soins intensifs	33,3	20,4	59
Goldberg 1992/1996 [213]	1272		60	MBI	urgences			
Kuhn X/2009 [214]	193	43,1			urgences	32,1		
Roth X/2011 [215]	410	40	38	MBI	oncologie pédiatrique			
Balch 2010/2011 [216]	7197	28,7	57,1	MBI	chirurgie	48,9	32,8	
Klimo X/2012 [217]	85	50	27	MBI	neurochirurgie			

Dans le monde, 5 à 63 % des médecins hospitaliers présenteraient un taux élevé de burn out, avec une médiane à 32 %.

1 ^{er} Auteur/ Année de réalisation/ publication	Pays	Nombre de sujets	Taux de réponse %	BO élevé %	Echelle	Spécialité	EE élevé %	DP élevé %	AP bas %
Bargellini X/2000 [61]	Italie (Modène)	71	71,9		MBI	anesthésie et soins intensifs	25,4	29,6	19,7

Asai X/2007 [218]	Japon	697	49,6		MBI	oncologie et soins palliatifs	22	11	62
Lima 2004/2007 [219]	Brésil	410	40	53,7	MBI	pédiatrie	82,9	63,4	53,7
Surgenor X/2009 [220]	Nouvelle- Zélande	190	71	20	MBI	toutes confondues	29,7	24,4	31,2
Tironi 2006/2009 [221]	Brésil (Salvador)	297	89,2	63,3* 7,4**	MBI	soins intensifs	47,6	24,6	28,4
Al-Dubai 2006/2009 [222]	Yemen (Sanaa)	563	70,4	11,7	MBI	toutes confondues	63,2	19,4	33
Tokuda 2007/2009 [130]	Japon	236	70	19	MBI	toutes confondues			
Klein 2008/2010 [223]	Allemagne	1311	53	48,7	CBI	chirurgie			
Stafford 2008/2010 [224]	Australie	29	78,4			oncologie (gynéco)	35,7		
Selmanovic X/2011 [225]	Bosnie (Tuzla)	146	34,7			toutes confondues	37,4	45,6	50,3
Renzi X/2011 [226]	Italie	155	48		MBI	toutes confondues	38,7		
Chivato Pérez 2008/2011 [227]	Espagne	404			MBI	toutes confondues	33, 3	28, 5	9, 7
Galvan X/2012 [228]	Argentine	162	60	41	MBI	pédiatrie (soins intensifs)	25	19	6
Ruitenburg X/2012 [229]	Pays-Bas	423	51	6	MBI	toutes confondues			
Upton X/2012 [230]	Royaume- Uni	313	17	20	MBI	chirurgie	33	32	6
Siu 2009/2012 [33]	Chine (Hong Kong)	226	2, 6	31,4	MBI	toutes confondues	51,1	53,3	55,5

Mikalauskas 2009/2012 [58]	Lituanie (Vilnius/ Kaunas/ Klaipėda)	59		62	MBI	chirurgie cardiaque/ anesthésie	19,3	25,9	42,3
Lima 2013 [231]	Brésil	158	92,4	5,1	MBI	pédiatrie	61,4	36,7	13,3

*au moins l'une des dimensions élevée / **les 3 dimensions élevées

5.1.2. SUR LE PLAN NATIONAL

Plusieurs publications d'origine française sont parues récemment.

1 ^{er} Auteur/ Année de réalisation/ publication	Nombre de sujets	Taux de réponse %	BO élevé %	Echelle	Spécialité	EE élevé %	DP élevé %	AP bas %
Estry-Béhar 2008/2010 [232]	3196	67	42,4	CBI	toutes confondues			
Embriaco 2004/2011 [233]	978	82,3	46,5	MBI	soins intensifs	19	37	39
Estry-Béhar 2008/2011 [234]	179		43,3	CBI	psychiatrie			
Doppia 2008/2011 [235]			38,4	CBI	anesthésie			
Estry-Béhar 2008/2011 [236]			51,5	CBI	urgences			

Elles dérivent pour la plupart de l'exploitation des données de l'étude SESMAT ; ce projet débuté en 2007/2008 fait suite à la recherche européenne PRESST-NEXT (PRomouvoir en Europe Santé et satisfaction des Soignants au Travail - Nurses' Early eXit sTudy), s'attachant notamment à identifier les raisons des départs prématurés des paramédicaux. Sa réalisation a été assurée par le Dr Madeleine Estry-Béhar en association avec un comité de pilotage

composé de différentes organisations professionnelles : Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF), Syndicat National Des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs (SNPHAR), Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH), Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (SMISP), ...

L'enquête, décrite comme « une véritable IRM du corps médical exerçant en institution », s'est adressée à l'ensemble des médecins hospitaliers, quels que soient leur spécialité, le type d'établissement où ils exercent, leur âge ou statut (titulaire ou contractuel, universitaire ou non). Sur les 39 389 praticiens recensés en France (33 835 à temps plein et 5 554 à temps partiel), 4 799 ont été informés de l'étude et environ 66 % d'entre eux ont répondu et fourni des données utilisables.

Le questionnaire de SESMAT comporte 122 questions organisées en 9 catégories s'intéressant à l'institution et la situation personnelle du répondant, les conditions générales et spécifiques de travail, les horaires, l'ambiance, le retentissement personnel du travail, les facteurs perturbants, la vie privée et familiale et les liens travail/santé ; quatre questions ouvertes y sont ajoutées [237]. Nous allons répertorier ci-après les principaux résultats qui en sont extraits [129].

5.1.2.1. Apport quantitatif.

A partir des 2800 premiers participants, un échantillon représentatif de 1000 praticiens a été constitué selon la méthode des quotas ; s'appuyant sur les projections établies par la DREES, la répartition retenue comprend 42,5 % de femmes, 8,2 % de moins 35 ans, 36,6 % de 35-44 ans, 34,7 % de 45-54 ans et 23,5 % de 55 ans et plus. 46 % occupent un poste à responsabilité hiérarchique (chef de pôle, service ou unité), la médiane d'exercice est à 24,1 ans et la durée de travail moyenne rapportée est de 51,97 heures (écart type = 14,41).

La première difficulté relevée par les médecins concerne le « soutien psychologique reçu au travail » déclaré « insatisfaisant » par 65,2 % d'entre eux, suivi de l'« insatisfaction des conditions physiques de travail » pour 51 %. Le mécontentement sur « le salaire par rapport aux professions comparables », « la coordination interservices et l'ensemble des relations avec les autres services administratifs, logistiques et techniques », « la manière dont les compétences sont utilisées », les « possibilités de donner aux patients les soins dont ils ont besoin » ainsi que les « perspectives professionnelles » sont cités respectivement par 53,5 %, 50,1 %, 46,5 %, 45,5 % et 43,9 % de l'effectif.

Une large proportion des praticiens (58,6 %) est préoccupée « par la crainte de faire des erreurs », environ le quart estime n'avoir presque jamais, ou rarement, « assez de temps pour parler aux patients » et 28,8 % déclarent avoir fait l'objet de violence de la part « des patients ou de leur famille au moins une fois par mois » durant l'année précédant l'étude.

La sensation d'une modification générale des conditions d'exercice au cours des cinq dernières années est massivement soulignée : le travail serait ainsi devenu de plus en plus exigeant pour 82,8 % et demanderait notamment de plus en plus de tâches administratives pour 89,5 %.

Concernant les relations professionnelles, elles sont globalement perçues positivement par les répondants, qu'elles concernent les médecins d'autres services, les paramédicaux ou l'administration. Nous pouvons remarquer que ces rapports se révèlent même meilleurs de médecins à équipe paramédicale qu'entre confrères : hostiles et/ou tendues pour 2,3 % et cordiales à amicales et/ou détendues pour 97,7 %, contre 13,1 % et 86,9 % respectivement.

Sur un plan personnel, 69,9 % des médecins identifient une interférence de leur profession sur leur vie privée, 40,2 % déclarent ainsi régulièrement modifier leurs activités familiales en

fonction de leur travail ; 64,6 % estiment leur sommeil insuffisant en quantité (6,48 heures en moyenne), comme en qualité pour 61,1 %.

Quant à l'épuisement professionnel en tant que tel, 13,5 % présentent un score élevé et 50,8 % un score moyen, alors même qu'ils sont près de 60 % à ne pas se sentir concernés par cet état. Cette préoccupation relative du médecin à l'égard de sa propre santé est illustrée indirectement par les chiffres d'accès aux soins en médecine du travail : moins d'un praticien sur deux en moyenne aurait en effet bénéficié d'une visite dans les trois dernières années.

Etre une femme constituerait un facteur de vulnérabilité du syndrome (16,3 % de score élevé contre 10,3 % pour les hommes), à l'instar d'une durée de travail quotidienne élevée (au-delà de 9h pour les praticiennes, et de 11h pour leurs confrères).

Après la faible qualité du travail d'équipe, le burn out représenterait le facteur de risque prévalent d'abandon de la profession ; cette intention est ainsi fréquente (au moins mensuelle) pour 14,3 % de l'échantillon global, et pour 27,6 % ($p < 0,001$) de la sous-population présentant un score important au CBI.

5.1.2.2. Apport qualitatif.

Le corpus supplémentaire des réponses libres apportées par plus de 2500 des participants [232] permet d'approfondir la question de la motivation au travail et des valeurs des médecins hospitaliers.

5.1.2.2.1. Motivation.

L'une des notions étudiées concerne les motifs de satisfaction du praticien dans son travail de façon générale et dans sa discipline. L'analyse sémantique, réalisée par le logiciel Alceste, a

permis d'identifier les morphèmes les plus souvent cités, dont les cinq premiers sont : travail (986 occurrences), patient (878), équipe (588), contact (544), variété (291).

Selon le programme Lexico, les données peuvent être classées en six types d'énoncés et de mots pleins spécifiques, appariés en deux grands ensembles. Le premier se compose de quatre catégories : la prise de responsabilité et les services ; le travail en service d'urgence ; la recherche et l'enseignement ; le travail en équipe. Le second se rapporte aux patients et à la finalité de l'activité, avec les concepts de soin et de sentiment d'utilité.

5.1.2.2.2. Pénibilité.

Sur la question de la pénibilité du travail de façon générale et dans chaque spécialité, l'étude souligne la place importante accordée à l'affect, notamment la colère. Les cinq morphèmes les plus cités sont : travail (960 occurrences), manque (706), temps (551), patients (517), administration (297).

Le terme « travail » renvoie à la charge de travail considérée croissante et excessive, au rythme et aux horaires des journées, ainsi qu'au manque de reconnaissance et de respect professionnels.

Le « manque » est ressenti au niveau du sommeil, du temps, du matériel et des locaux, du budget et des moyens en général. Le défaut de personnel apparaît comme le principal sujet de plainte, au côté des aspects qualitatifs et relationnels : l'absence de reconnaissance et de considération de l'administration, des patients, voire des confrères, ainsi que l'absence de coopération et de communication au sein de l'équipe.

Le « temps » est classiquement relié à l'idée de manque et d'insuffisance. Celui consacré aux patients est jugé trop court, tandis que celui dévolu aux activités administratives est trop long.

Les considérations sur les « patients » portent sur la sensation de dégradation dans leur prise en charge, liée à une réduction du temps pouvant leur être accordé associée à une augmentation de la file active, ainsi qu'à leur attitude perçue comme agressive et exigeante.

L'« administration » amène les notions de contrainte, lourdeur, charge, pression, excès ou encore accumulation. Son attitude est décrite comme irrespectueuse, arrogante, conflictuelle, méprisante, harcelante, hypocrite, agressive, peu compréhensive et disposée au dialogue, ... Une deuxième thématique évoque son incompetence liée à une absence de connaissance du travail médical. Sont enfin évoquées des pratiques jugées négativement, telles l'ingérence, l'inertie, l'intrusion, le manque de transparence et l'emprise de plus en plus pesante.

Le traitement global des réponses relève cinq classes d'énoncés appariés en deux ensembles. Le premier concerne la difficulté de l'exercice médical en lien avec des contraintes internes (conditions de travail actuelles) et externes (administration et tâches afférentes). Le second porte sur les relations conflictuelles avec les patients et les collègues, qu'il s'agisse de leur agressivité ou de leur manque de reconnaissance.

5.2. LE PROFIL DU MEDECIN EN BURN OUT

Les données extraites des articles étudiés ne sont pas nécessairement convergentes et ne permettent donc pas d'établir un profil à risque formel.

5.2.1. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

5.2.1.1. Le sexe.

Même si certains travaux n'ont pas permis d'identifier de différence significative sur ce point [230,238], plusieurs autres s'accordent sur la prévalence supérieure (parfois doublée) du burn

out chez les femmes [61,129,215,223,233,234,235,239,240], qui seraient également plus déprimées et fatiguées que leurs confrères (respectivement 51 % contre 33 % et 56 % contre 41 % dans une étude finistérienne de 2008 [241]).

Elles semblent particulièrement exposées à l'épuisement émotionnel [240], ce qui pourrait être attribué à leur rôle plus « maternant » dès l'enfance, ou leurs attitudes plus « attentives émotionnellement » à l'inverse de celles plus « instrumentales » des hommes [242].

Miller [243] explique également que les femmes recherchent des « relations réciproques », caractérisées par l'empathie, la compassion et le soutien, et se heurtent de fait plus volontiers aux concepts de compétitivité, promotion et avancement professionnels en vigueur dans le milieu hospitalier, a fortiori universitaire. En cas d'exercice d'activités de recherche et/ou d'enseignement, elles se sentiraient également défavorisées par rapport à leurs confrères, estimant ne pas bénéficier des mêmes opportunités de carrière à 55,2 % [129].

La question de la maternité peut s'avérer un frein à leurs ambitions professionnelles [244], voire les placer en situation précaire : ainsi, les praticiennes contractuelles subissent-elles une perte de salaire conséquente au cours de leur grossesse, ne recevant que les IJ de la sécurité sociale. La pression ressentie sur le sujet serait telle que près d'un tiers des PH femmes de plus de 40 ans n'aurait pas d'enfant, privilégiant la carrière à la vie familiale [244].

Le Dr Hefez, psychiatre référent de l'unité de thérapie familiale de la Pitié-Salpêtrière, insiste de plus sur la notion de « double journée » des femmes actives : si elles ont indéniablement gagné en indépendance et autonomie, elles demeurent héritières d'une tradition séculaire qui les consacre comme gardiennes du foyer. Cette fonction spécifique occasionne des contraintes organisationnelles supplémentaires, diminue le temps pouvant être alloué aux activités de récupération et de loisir, et renforce les difficultés de conciliation entre travail et vie privée

[241]. Dans les mariages entre deux médecins, les femmes sont ainsi plus susceptibles de faire des aménagements dans leur carrière que leurs conjoints, notamment pour s'occuper des enfants [244]. Autre facteur fragilisant identifié mais difficilement évaluable avec précision, la prévalence de femmes médecins victimes de violence conjugale serait élevée [16].

Enfin, le harcèlement sexuel constituerait selon Schernhammer une réalité à laquelle sont confrontées les praticiennes : d'après une étude de 1998 publiée par les Archives of Internal Medicine, 37 % d'entre elles auraient subi cette expérience au cours de leur carrière [109]. Etant donné l'implication prépondérante des rapports sociaux dans la genèse d'un burn out et l'organisation hiérarchique pyramidale en vigueur à l'hôpital, nous pouvons aisément imaginer l'impact de cette situation à risque.

L'ensemble de ces données serait à prendre particulièrement en considération à l'avenir, au regard du phénomène de féminisation de l'ensemble du corps médical : alors qu'elles représentaient seulement 24 % du corps médical en 1984 et 36 % en 2001, les femmes représenteront 50 % des médecins en exercice en 2020 [244].

5.2.1.2. L'âge.

Le rôle de cette variable est discuté, certaines études ne relevant pas d'association significative au burn out [227,230,245], tandis que d'autres suggèrent que les médecins les plus jeunes ainsi que ceux possédant le moins d'années d'expérience sont les plus exposés [58,215,221,222,233,234,239,246]. L'épuisement professionnel serait ainsi plus fréquent de 35 à 55 ans qu'en fin de carrière [234], et une expérience inférieure à 10 ans multiplierait le risque d'atteinte par 2,3 à 2,8 (IC à 95 %) [222].

Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être avancées : l'entrée en exercice est particulièrement marquée par la confrontation entre travail prescrit et travail réel, qui a parfois déjà érodé au cours des années d'étude du médecin hospitalier débutant sa conception idéalisée du métier ; les praticiens jeunes et modérément expérimentés seraient davantage soumis à l'insécurité professionnelle et l'ambiguïté de rôle, ils ne bénéficieraient pas encore des stratégies d'adaptation de leurs aînés ni de la même reconnaissance, et ils ressentiraient enfin une pression liée au fait de devoir répondre aux attentes élevées de leurs seniors, comme à celui d'encadrer les juniors [33].

5.2.1.3. Le statut familial.

La situation maritale des médecins (en couple ou non, avec ou sans enfant à charge) est régulièrement interrogée dans les différentes études, sans qu'une corrélation significative au burn out ne soit systématiquement mise en évidence [233,238,240].

Quelques travaux retrouvent toutefois une surreprésentation de l'épuisement professionnel parmi les médecins célibataires et/ou sans enfants [61,228,233].

5.2.1.4. Le statut professionnel.

Son rôle est plutôt controversé. Certains auteurs identifient que le fait même de travailler à l'hôpital plutôt qu'en privé augmenterait l'épuisement professionnel du médecin [246,247], d'autres postulent le contraire [208,228].

Selon une étude anglaise additionnelle [248], les praticiens hospitaliers seraient notamment moins satisfaits que leurs confrères libéraux de leur temps de loisir (côté 4,9 sur échelle de 1 à 10 contre 6, $p < 0.001$), des conditions de travail (37 % contre 60 %), de l'impact de la réduc

tion du temps de travail (34,2 % contre 59,3 %), des possibilités de formation continue (31,8 % contre 51,8 %) ; ils penseraient également plus souvent à changer de poste (25 % contre 16 %), mais percevraient en revanche de meilleures opportunités de carrière.

En dépit d'un pourcentage non négligeable de médecins hospitaliers en burn out, nous remarquons toutefois qu'ils se disent majoritairement satisfaits de leur travail (de 58,6 % à 95 % selon les études), ce qui signe une motivation et une mobilisation toujours fortes dans ce métier aussi exigeant qu'enrichissant [217,249].

De même, la fonction universitaire apparaît tantôt facteur de risque [61], tantôt neutre ou protecteur [230,249]. Parmi les universitaires eux-mêmes, ceux le plus à risque présenteraient peu de publications et de conférences, ainsi qu'une moindre confiance dans leurs capacités pédagogiques.

5.2.2. FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Un certain nombre des RPS inhérents au métier de PH que nous avons développés antérieurement ont fait l'objet d'une analyse dans la littérature, destinée à évaluer leur association au burn out.

Dans la catégorie des exigences au travail, ont été relevés comme significatifs les stressors suivants : investissement et charge globale excessifs, remise en cause de l'équilibre privé/professionnel, avec une occurrence de conflits 3 à 4 fois supérieure, sommeil insuffisant en termes quantitatif et qualitatif, responsabilités administratives, crainte des erreurs et manque de temps personnel, notamment pour une activité physique [33,58,130,208,213,220, 221,222,224,227,228,231,232,233,234,238,239,240,247,249,250].

Sur la question générique de la charge quantitative de travail et de la pression temporelle, responsable parfois d'un triplement de la prévalence du burn out (OR de 3,18) [234], sont particulièrement corrélés le nombre de patients quotidiens, la durée de travail hebdomadaire (au-delà de 50 heures), le travail en postes horaires, notamment le WE, ainsi que le nombre important de nuits travaillées par mois (gardes ou astreintes) [38,228,234].

Sur l'axe des exigences émotionnelles, nous retrouvons une association significative au sentiment d'insécurité, à la prise de décisions thérapeutiques difficiles, à la confrontation à la souffrance, aux problèmes psychosociaux des patients, ainsi qu'aux issues défavorables de l'état clinique des patients [58,61,214,222,233,239].

Sont ensuite impliqués la limitation de l'autonomie (risque multiplié par 10 en cas de forte demande et faible contrôle) [221], les difficultés de développement des compétences, notamment le faible nombre de jours de formation, le déséquilibre de la balance effort/récompense [33,38,58,130,223,230,232,234,235,238,239].

La dimension des rapports sociaux amène comme risques associés à l'épuisement professionnel les difficultés relationnelles interpersonnelles avec les collègues et au sein de l'équipe en général, le défaut de reconnaissance et de gratifications, le sentiment de harcèlement par les supérieurs, le manque de communication avec la hiérarchie, les conflits avec l'administration, la sensation d'isolement et le manque de temps pour les contacts avec les collègues [33,222,223,226,232,233,234,235,238,249].

Le conflit de valeurs est représenté quant à lui par la corrélation significative au burn out de l'insuffisance de qualité perçue du soin apporté au patient (OR de 1,3 à 2,6) [218,223] ou encore l'impact de la pression médico-légale [216].

Concernant les facteurs générés par le contexte socio-économique dans lequel évolue l'institution hospitalière, ceux majorant l'épuisement professionnel sont l'insatisfaction par rapport aux perspectives de carrière, le salaire insuffisant et les incertitudes sur les réformes hospitalières à venir [213,217,220,221,236].

Certains facteurs apparaissent au contraire protecteurs vis-à-vis du développement potentiel d'un épuisement professionnel ; un lien statistiquement significatif est retrouvé pour le support du conjoint, des collègues, l'exercice physique [33], la possibilité de bénéficier de lieux de « debriefing » (24 % de burn out contre 46 %, $p < 0,001$) [215], certaines stratégies de coping permettant un ajustement satisfaisant aux difficultés de l'environnement [240,250].

5.2.3. RETENTISSEMENT

Un lien statistique est retrouvé entre le burn out et la diminution de l'efficacité professionnelle [233], avec notamment l'augmentation de l'occurrence des erreurs médicales (coefficient de corrélation de 20 ou encore OR à 1,39, $p < 0,0001$) [216,223,250]. Le second impact significatif régulièrement abordé dans les différentes études est celui de l'intention d'abandonner la profession, plus fréquente parmi les médecins au score élevé de burn out, oscillant selon les travaux de 19 % à 58,8 % [230,233,234,251]. Sur un plan plus individuel enfin, nous identifions dans notre revue un retentissement sur la santé des médecins avec une prévalence accrue de comportements addictifs (consommation d'alcool notamment) et de morbidité psychiatrique en cas d'épuisement professionnel, concernant jusqu'à 1 médecin sur 4 avec un risque de survenue multiplié par 5 [61,222,224,226,230].

5.2.4. SPECIALITES A RISQUE

Certaines feraient l'objet d'une surexposition au burn out, comparativement à l'ensemble de la profession ; différents auteurs s'y sont intéressés plus particulièrement à travers des études ciblées.

5.2.4.1. Chirurgie.

Les chirurgiens sont identifiés comme un groupe à haut risque de burn out (multiplié par 3,6) [223], caractérisé par des scores élevés de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel [240]. Leur charge de travail est particulièrement soutenue : une analyse en Mongolie relève ainsi une moyenne de 4 à 8 nuits travaillées par mois, comportant de 3 à 4 appels urgents qui ne sont compensés ni en temps ni en rémunération [239].

5.2.4.2. Pédiatrie.

Les pédiatres sont également des praticiens fragilisés, notamment par la réduction du temps directement consacré aux patients au profit de diverses activités : selon une étude allemande, leur temps moyen de travail quotidien serait de 9 heures 18 minutes, dont la majeure partie passée en réunions (29,8 %) et tâches indirectes, comme la rédaction de lettres et notes diverses y compris administratives (17,5 %), ainsi que la documentation (12,7 %) ; les examens cliniques et le dialogue avec les enfants ou les familles représentent respectivement 9,2 % et 4 % de leur volume horaire [232]. D'autres auteurs relèvent que les pédiatres passeraient en outre 2 fois plus de temps sur des actes de vérifications et contrôles médicaux que les autres spécialistes [239]. Ces observations peuvent s'expliquer par le sentiment de responsabilité accrue existant lorsque le médecin s'occupe d'un enfant, ainsi que par

l'intrication de certaines obligations médico-légales supplémentaires liées au statut du patient mineur.

5.2.4.3. Anesthésie.

Chez les anesthésistes, les facteurs de risque d'épuisement professionnel les plus significatifs sont une forte pression quantitative de travail (OR = 3,40 ; IC à 95 %), un score élevé de conflit travail/famille (OR = 3,12 ; IC à 95 %), un score faible de qualité du travail d'équipe (OR = 1,99 ; IC à 95 %) associé à des relations interpersonnelles tendues (OR = 1,92 ; IC à 95 %) et au harcèlement des supérieurs (OR = 1,83 ; IC à 95 %) [235].

Leur charge de travail est là encore particulièrement élevée avec un lourd tribut à la permanence des soins (au moins 5 nuits par mois) plus fréquent que dans l'échantillon représentatif de comparaison (61,2 % contre 32,2 %), ainsi qu'un degré accru de conflits privé/professionnel (52,1 % contre 43,3 %, $p < 0,001$). Ils présenteraient une influence au travail volontiers plus faible (18,8 % contre 15,4 %) [235]. Sur le plan des comorbidités du burn out, 25 % des anesthésistes seraient déprimés et 10 à 12 % dépendants à un produit anesthésique [241].

En dépit des fortes contraintes observées (gardes, amplitudes horaires de travail, déficit de sommeil), les anesthésistes ne sont pas plus touchés sur un plan quantitatif pur par le syndrome d'épuisement professionnel : cela relèverait peut-être d'une culture identitaire collective particulièrement forte dans la spécialité, promue notamment par leurs organisations professionnelles, telles la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et le Collège Français d'Anesthésie et de Réanimation (CFAR) [235].

5.2.4.4. Urgences.

Selon certaines données de la littérature, il s'agirait de la spécialité la plus menacée : 1 urgentiste sur 2 a souffert ou souffrira d'un burn out au cours de sa carrière [236]. Au niveau national, la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel est plus élevée chez les urgentistes que sur l'ensemble de l'échantillon représentatif (51,5 % contre 42,4 %), de même que l'intention de quitter la profession (21,4 % contre 17,4 %). L'impact de la qualité du travail d'équipe et des conflits travail/famille dans la genèse du burn out est déterminant dans les 2 groupes, mais sensiblement supérieur chez les praticiens des urgences (respectivement OR = 5,44 et OR = 6,14, contre OR = 2,21 et OR = 4,47) [236].

En 2011, une enquête de l'AMUF a relevé que 92,5 % des urgentistes interrogés estiment ne pas pouvoir exercer dans les mêmes conditions de travail jusqu'à la fin de leur carrière ; 72 % songent de fait régulièrement à changer de métier et 56 % ont déjà prévu une reconversion professionnelle effective [241].

« Est-ce qu'on peut vieillir comme urgentiste ? [...] C'est beaucoup la question des rythmes, [...] l'impression d'être incapable de répondre à la demande. » Urgentiste, H, 38 ans.

En Roumanie, 37,75 % d'entre eux présentent un score élevé d'épuisement émotionnel ; ils constituent de plus le groupe professionnel le plus à risque de ceux rencontrés dans les services d'urgence. Les hypothèses avancées sur la majoration de leur risque comparative ment aux autres spécialités seraient le caractère aigu des pathologies traitées, leur variabilité associée à un délai de prise en charge (donc de réflexion) court, la sollicitation physique, la confrontation à une détresse, une précarité sociale et une agressivité des patients sensiblement élevées [245]. Nous pouvons encore citer l'exposition fréquente à la mort, la forte mobilisa

tion de compétences techniques, d'habilités, d'attention, de raisonnement rapide et de contrôle émotionnel, ainsi que la nécessité d'une actualisation constante des connaissances scientifiques [221].

Outre-Atlantique, un facteur a été identifié comme particulièrement significatif : il s'agit de la confrontation régulière à des patients ne consultant pas pour un motif relevant de la médecine d'urgence, mais plutôt de la médecine générale ou encore du domaine social [252].

5.2.4.5. Psychiatrie.

Plusieurs évaluations ont été menées spécifiquement auprès des psychiatres, certaines mettant en évidence une plus grande vulnérabilité au syndrome d'épuisement professionnel que leurs confrères hospitaliers [240].

En France, l'exploitation de SESMAT a donné lieu à un article consacré à cette spécialité [234] : concernant le score de burn out général quantifié par le CBI, il est élevé chez 43,3 % d'entre eux, sans différence significative toutefois avec l'échantillon de comparaison (42,4 %). Parmi cette sous-population, 66,7 % rapportent un déséquilibre de la balance effort/récompense. Les facteurs les plus sensibles dans le développement de leur épuisement sont un âge inférieur à 45 ans (OR = 2,67), une qualité insuffisante du travail d'équipe (OR = 2,66), ainsi qu'un taux élevé de conflits travail/famille (OR = 4,74) ; ces mêmes éléments entraînent un triplement de l'intention d'abandonner la profession.

Environ 50 % d'entre eux font état d'un soutien insuffisant de la part de leurs supérieurs, 42,7 % d'une pression temporelle élevée (charge quantitative de travail, intensité), 39,9 % de relations tendues avec l'administration, 39,3 % d'une transmission entre équipes successives insatisfaisante, 33 % d'hostilité ou tensions au sein de l'équipe soignante pluridisciplinaire,

25 % d'un score global de qualité du travail d'équipe plutôt mauvais. Pour ces différentes données, nous ne relevons pas réellement d'écart notable au groupe contrôle.

Leur taux de burn out lié aux patients serait en revanche plus fréquent que chez les autres PH (30,9 % contre 23,1 %, $p < 0,05$). Nous pourrions supposer que leur formation et leur attention préférentielle au domaine de la santé psychique les amèneraient à un meilleur repérage d'un trouble éventuel à titre personnel, mais il n'existerait pas de différence significative avec l'échantillon comparatif : parmi ceux qui ne se considèrent pas épuisés, 27,6 % présentent un score élevé au CBI (contre 21,5 % des autres médecins), tandis que parmi ceux qui déclarent ne pas savoir répondre à cette question d'auto-évaluation, une large majorité est effectivement concernée (79,3 % des psychiatres contre 62,6 % des autres). La perception de leurs propres difficultés serait donc au moins aussi complexe que pour leurs collègues somaticiens.

Des risques particuliers seraient en outre identifiés : la littérature internationale [254] mentionne l'exposition aux menaces et à la violence, la précarité, les relations exigeantes sur le plan émotionnel avec les patients, le suicide des malades entraînant potentiellement des effets post-traumatiques, les interactions difficiles avec les autres professionnels de santé mentale en tant qu'équipe pluridisciplinaire, la stigmatisation des patients traités qui serait étendue à la profession, le sentiment d'impuissance renforcé par la chronicité de nombreuses pathologies psychiatriques, le manque de retour positif, ou encore l'amalgame volontiers opéré entre leur domaine d'activité et le champ social, leur imposant de prendre en charge des problématiques ne relevant pas directement de leurs compétences.

Les mêmes risques sont rencontrés en France, où les psychiatres subissent par exemple 2 fois plus que leurs confrères de violences au moins mensuelles de la part des malades ou de leur famille (55,1 % contre 27,5 % ; $p < 0,001$) [234].

En dépit de ces contraintes supplémentaires, les psychiatres ne semblent pas plus exposés à l'épuisement professionnel général que les autres. Certains facteurs protecteurs viennent en effet équilibrer leur situation : leur vocation apparaît solide, notamment en France où ils sont 85,6 % à déclarer exercer cette spécialité par choix initial [234] ; ils sont aussi plus nombreux que leurs confrères à déclarer avoir un temps suffisant pour parler aux patients (51,4 % contre 42,9 %), associer paramédicaux et médecins aux transmissions orales (27,7 % contre 16 %), et bénéficier régulièrement dans le service d'échanges de groupe, supervisions ou autres (48,6 % contre 15,5 %). Nous pouvons aisément formuler l'hypothèse du rôle bénéfique de la place privilégiée accordée à l'élaboration collective, en accord avec l'héritage de la psychiatrie institutionnelle [234].

5.3. DISCUSSION

Sur le plan méthodologique, certains biais semblent communément relevés par les auteurs, qu'il s'agisse d'un faible nombre de participants et/ou taux de réponse insuffisant [58,230,240], ou encore des limites inhérentes au type des études, généralement transversales, avec emploi d'auto-questionnaires [58,216,221,222,228,230,240,250].

L'hétérogénéité de ces travaux implique de plus une certaine réserve dans l'interprétation et la comparaison des résultats présentés.

Diverses échelles de cotation du syndrome d'épuisement professionnel sont utilisées : CBI [223,234,239], MBI classique (version HSS en 22 items) [33,221,222,228,250] et ses variantes comme le MBI-GS, 17-Burnout Scale, ... [216, 230]

Parmi les études utilisant le MBI en référence, des variations culturelles seraient inévitables, même si chaque traduction fait l'objet d'une étude de validation rigoureuse en comparaison à la version originale. Notons que l'organisation des systèmes de santé différant d'un pays à l'autre, le statut de médecin senior hospitalier tel que nous l'envisageons peut être faussé. Ces exceptions culturelles peuvent ainsi limiter la généralisation des résultats obtenus [250].

La définition du burn out élevé est également variable selon les travaux : certains l'envisagent lorsque les 3 dimensions sont atteintes [33,222,228], d'autres à partir du moment où au moins l'une d'elles est pathologique (en particulier celle de l'épuisement émotionnel, considéré pour de nombreux auteurs comme le cœur du syndrome) [221].

Plusieurs tendances se dégagent néanmoins de l'analyse de cette revue de littérature : le syndrome d'épuisement professionnel constitue bel et bien une réalité pour les médecins seniors hospitaliers, en France comme dans le monde, avec une médiane à titre indicatif de 37,4 % sur l'ensemble des travaux inclus.

Il s'agit d'un sujet très récemment pris en compte par la recherche, avec un intérêt accru depuis 2 ans environ (période concentrant la moitié des publications de notre revue).

Les données socio-démographiques les moins controversées suggèrent globalement l'existence d'un sur-risque pour les médecins femmes, jeunes / avec moins d'années d'expérience, exerçant l'une des spécialités suivantes : pédiatrie, chirurgie, urgences, psychiatrie, anesthésie.

En accord avec la littérature générale, le burn out des médecins hospitaliers apparaît fortement corrélé à l'ensemble des risques psychosociaux tels que décrits sur les 6 axes du rapport Gollac, avec une influence prépondérante de la charge de travail, de la qualité des relations avec les collègues et des difficultés de conciliation vie privée/professionnelle.

L'intérêt de prêter attention à la problématique de l'épuisement professionnel des médecins hospitaliers est enfin réaffirmé par la confirmation d'un retentissement dommageable du trouble tant au niveau individuel qu'institutionnel.

6. PRISE EN CHARGE

6.1. DU TABOU A LA MEDIATISATION

D'après les chiffres du Ministère du Travail français, le coût annuel au XXIème siècle des accidents du travail, des maladies et de la maltraitance professionnelles représenterait 70 milliards d'euros pour l'état et les entreprises, tandis que la part attribuée au stress au travail serait estimée à elle seule à 1 milliard d'euros ; 10 % des dépenses de la sécurité sociale sont de plus directement liées aux maladies professionnelles. Ces dernières années encore, plus de 1000 tentatives de suicide sur le lieu de travail auraient été recensées dans notre pays, avec un taux de mortalité de 47 % [48].

C'est dans ce contexte troublé que les instances politiques se sont progressivement saisies de la question du stress au travail : en mars 2008, un rapport sur la mesure des RPS a ainsi été remis au ministre du travail en vigueur, Xavier Bertrand, [40] suivi de la signature d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail en juillet 2008, rendu obligatoire par l'arrêté ministériel du 23 avril 2009, puis enrichi d'un second accord sur la prévention des risques liés au harcèlement moral et aux violences au travail signé le 26 mars 2010.

La loi prévoit donc selon l'article L.4121-1 du Code du Travail une obligation générale de sécurité incombant au chef d'établissement, qui consiste à évaluer les risques, notamment psychosociaux, de ses salariés et prendre les mesures nécessaires pour assurer et protéger la santé physique et mentale ainsi que la sécurité de ces derniers.

Le chef de l'entreprise décide des modalités de l'évaluation des risques professionnels : cette mission peut être diligentée en externe ou en interne, via notamment la médecine du travail, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), et les délégués du

personnel, assemblés en groupe de pilotage pluridisciplinaire. L'inventaire de ces risques, associé idéalement à la proposition d'un plan d'action et de prévention, doit ensuite être consigné dans un rapport nommé « document unique », destiné à être réévalué tous les ans en utilisant les indicateurs de suivi définis initialement [255].

L'accord de 2008 s'est vu renforcer par le plan gouvernemental de santé au travail mené à la demande de Xavier Darcos, ministre du travail en octobre 2009, dont l'objectif est de poursuivre la réduction des risques professionnels :

- en les identifiant à la source
- en adaptant le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, le choix des équipements et des méthodes de travail
- en planifiant la prévention avec une intégration des notions de technique, organisation du travail, conditions de travail, relations sociales et influence des facteurs ambiants
- en prenant des mesures de protection collective primant sur une protection individuelle [183].

Dans cette dynamique de prise de conscience générale, le personnel hospitalier a également fait l'objet d'une attention particulière, à commencer par les paramédicaux, puis les médecins dans un second temps.

« L'histoire de France Télécom nous a ouvert les yeux [...] : on a tous connu un ou deux collègues qui se sont suicidés au travail. [...] Depuis trois-quatre mois, on a des coups de fil incessants de collègues, de toutes spécialités, qui nous demandent de l'aide, qui sont dans une souffrance psychique terrible. [...] Ils parlent d'un isolement au travail, face à leur chef de service, leur chef de pôle, leur direction, d'une pression sur les épaules qui n'existait pas avant, avec l'exigence de rentrer dans un certain moule, une certaine rentabilité. Et puis

d'une perte d'autonomie de décision qui fait que les gens, non seulement souffrent, mais ont l'impression d'être harcelés quand ils ne rentrent pas dans le moule. » Nicole Smolski, anesthésiste à l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon et vice-présidente du SNPHAR [256].

Au décours notamment de deux faits divers dramatiques impliquant des PH (suicide d'un anesthésiste à Montpellier et d'un urgentiste à Rouen), l'AMUF, présidée par Patrick Pelloux, et le SNPHAR ont sollicité une audience auprès du Ministère du Travail afin d'engager « une réflexion de fond [...] sur les conditions de travail de plus en plus difficiles des médecins hospitaliers ». Ces instances professionnelles estiment néanmoins qu'en dépit des avancées sur la médiatisation de « la souffrance au travail des praticiens, [...] phénomène ancien [...] qui touche l'ensemble des spécialités médicales », le sujet demeure « encore trop souvent tabou » [257].

La situation semble plus avancée dans d'autres pays. Outre-Atlantique, l'American Medical Association organise périodiquement une conférence internationale sur la santé des médecins, tandis que le Comité Permanent des Médecins Européens a institué en 2003 un programme de soins pour les médecins européens souffrant de troubles psychiques ou addictifs, qui consiste à développer des actions communes dans les pays de l'Union pour améliorer leur accès aux soins hospitaliers ou ambulatoires, étudier leurs conditions de travail et leur état de santé, et prévenir l'apparition des pathologies prises en charge [16].

Dans une dynamique globale de prise en compte du stress au travail, renforcée par l'instauration d'un cadre législatif depuis 2008, différentes instances se sont progressivement élevées pour relayer un phénomène méconnu, bien qu'ancien : le burn out des médecins

hospitaliers. Nous pouvons souligner que cette sensibilisation est plus largement en essor au niveau mondial que national.

6.2. STRUCTURES MISES EN PLACE

L'attention portée au syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins a entraîné le développement de certaines actions spécifiques.

6.2.1. AU PLAN NATIONAL

En premier lieu, l'article 56 du Code de Déontologie stipule que « les médecins se doivent assistance dans l'adversité ». Selon ce principe, l'Ordre a créé un service d'entraide régi par l'article L. 4121-2 du Code de Santé Publique, qui offre aux médecins et à leurs familles la possibilité de recevoir une aide financière ponctuelle ou prolongée si besoin, un accompagnement social ou encore un soutien psychologique [16]. Le CNOM centralise les demandes transmises par les relais départementaux et les dossiers sont présentés à la Commission Nationale d'Entraide, siégeant 5 fois par an et composée d'élus ordinaires et de travailleurs sociaux sous la présidence du Docteur Jean Lebrat.

Le service agit en partenariat avec les associations d'aide sociale pour les proches de médecins, comme l'Aide aux Familles et Entraide Médicale (AFEM), l'Association des Conjointes de Médecins (ACOMED), et plusieurs Fonds d'Action Sociale (FAS), dépendant de la CARMF, l'Association générale des médecins de France (AGMF), l'Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des Collectivités Publiques (IRCANTEC) pour les PH.

Chaque année, environ 150 dossiers de confrères en difficulté sont traités ; le volume des situations présentées et des prestations délivrées serait en recrudescence. En 2010, 84 dossiers émanant de médecins et 51 de leurs familles ont été retenus, pour un montant moyen de l'aide perçue de 2416€ [258].

De nouvelles actions se sont développées plus récemment. Depuis 2005, l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) propose en collaboration avec Psya un dispositif d'écoute téléphonique (0826 004 580), d'accompagnement et de soutien psychologique dédié aux médecins libéraux (chirurgiens-dentistes y compris). Fin 2010, sur les antennes présentes dans 7 régions de France, plus de 760 appels ont été enregistrés, dont 58 % provenant de généralistes, 23 % de spécialistes et 11 % de l'entourage proche du professionnel de santé concerné. Les motifs de prise de contact retrouvés sont le besoin d'écoute (56 %), d'information (30 %), d'orientation (11 %) et d'aide (3 %), à propos de problèmes professionnels (49 %), privés (27 %), ou encore de conciliation travail/famille (24 %) ; 123 appelants ont été dirigés vers une prise en charge adaptée (psychothérapie à 50 %) [259].

La CARMF et le CNOM ont créé en 2009 l'Association de Promotion des Soins aux Soignants (APSS), avec la collaboration de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, de la Fédération Hospitalière de France et du groupe Pasteur Mutualité. Cet organisme vise à mener toutes les actions de prévention en matière de souffrance psychique chez les soignants, à envisager leur prise en charge médicale et sociale, ainsi qu'à favoriser l'ouverture de centres de soins personnalisés [260].

L'association Médecin-Organisation-Travail-Santé (MOTS) est née de la réflexion du CDOM de la Haute-Garonne présidé par le Docteur Thevenot, et du service des maladies

professionnelles et environnementales du CHU de Toulouse Purpan dirigé par le Professeur Soulat. Il s'agit de proposer aux médecins qui la sollicitent la possibilité d'une évaluation de leur degré d'épuisement professionnel, ainsi qu'une analyse de leurs facteurs de risque personnels et psychosociaux (organisation de leur activité, ...) ; après 2 entretiens maximum, le soignant est orienté en fonction de ses besoins, notamment vers l'AAPML ou encore l'APSS.

Depuis sa création, la plate-forme a pris en charge 41 médecins, dont 26 femmes et 15 hommes, âgés de 30 à 64 ans (médiane de 49 ans), exerçant majoritairement en cabinet (71 %). Près d'un médecin sur deux était concerné par un épuisement professionnel, et un sur cinq envisageait une reconversion ou un arrêt d'activité (20 %) ; dans 63 % des cas, un suivi en psychothérapie leur a été proposé [261].

Le Groupe Pasteur Mutualité propose quant à lui à ses adhérents une consultation de prévention du burn out, assurée par une équipe animée par un professionnel de l'action sociale. Une enquête réalisée en octobre 2010 auprès de 3786 médecins a en effet montré que 66 % d'entre eux estimaient en avoir besoin au moment du sondage et 86 % pensaient pouvoir le nécessiter un jour. L'assureur prévoit en outre de délivrer une formation spécifique aux médecins amenés à prendre en charge leurs confrères [262].

Au niveau des soins à temps complet, la première structure hospitalière d'addictologie destinée aux professionnels de santé devait ouvrir ses portes à Besançon en 2010, mais le projet a été repoussé dans un souci d'améliorer les conditions d'accueil, en respectant les principes de confidentialité et d'anonymat, ainsi que de suivi post-hospitalisation.

Nous pouvons constater que l'offre de soins est majoritairement développée sur le versant ambulatoire, et que beaucoup des avancées réalisées en matière de prévention et de prise en charge visent davantage les médecins libéraux que leurs confrères hospitaliers à ce jour.

6.2.2. AU PLAN INTERNATIONAL

Nous observons que la mise en place de structures nationales destinées aux médecins a été plus tardive qu'au niveau international : nous allons ainsi détailler l'offre de soins existante dans certains pays particulièrement précurseurs dans ce domaine.

6.2.2.1. Canada.

L'intervention commence bien en amont dès le parcours étudiant : l'Université Laval à Québec propose un programme de prévention des effets secondaires de la médecine, dirigé par un bureau des affaires étudiantes chargé de missions d'information, de prévention et d'intervention.

Chaque année universitaire démarre de fait par une rencontre organisée par le responsable du bureau des affaires étudiantes, intitulée « formation médicale, les deux côtés de la médaille » : ce temps d'échange proposé à l'heure du déjeuner aborde les différentes sources de stress liées aux études de médecine.

L'approche théorique se veut volontiers systémique, considérant que les difficultés du médecin résultent de l'interaction de ses traits de personnalité et de facteurs inhérents au métier. Il est postulé d'autre part que les mécanismes d'adaptation du professionnel de santé se forgent sur les bancs de la faculté.

Des ateliers en groupe de 10 à 15, supervisés par un psychiatre formé au groupe Balint, sont également organisés pour les volontaires en début de première année et en fin de troisième année, avant l'arrivée en clinique. Les sujets abordés dans la première session concernent la charge de travail, le manque de temps personnel, la compétition, ..., tandis que la seconde aborde davantage la peur de l'échec, la crainte d'exprimer ses émotions au risque de paraître faible, le mythe de la toute-puissance médicale, ...

« On n'a pas la culture débriefing, si je trouve un truc difficile, je le dis et j'ai le droit ; on est vachement dans un truc « tu dois être fort, tu dois être ceci ! ». Urgentiste, H, 38 ans.

Il existe enfin un réseau d'entraide d'étudiants relais : choisis à la fin de la première année, ils assurent tout au long de leur cursus un rôle d'information à leurs pairs, de repérage des personnes en difficulté, d'écoute empathique et d'orientation si besoin vers une ressource appropriée. Ils organisent de plus la semaine de prévention des effets secondaires de la médecine se déroulant chaque automne, dont le but est de sensibiliser l'ensemble des étudiants en médecine [135].

En aval, le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), fondé par les médecins pour les médecins, prend en charge depuis 1990 les médecins praticiens comme en formation, suivant le principe que « la santé des autres dépend de la nôtre ». Il repose sur une série de recommandations préconisant que tout médecin présentant des symptômes de trouble mental doit être évalué rapidement, ce par un psychiatre ni ami ni collègue [262]. Le dispositif prévoit aussi le développement de groupes de soutien pour les psychiatres traitant des professionnels de santé, de même que leur présence dans les comités médicaux de toutes les provinces pour veiller au bien-être de l'ensemble du corps médical [123].

Ses objectifs prioritaires sont de prévenir l'apparition des troubles psychiques ou addictifs chez les médecins, d'identifier précocement les professionnels concernés et de leur apporter le traitement approprié, en facilitant notamment leur réinsertion dans l'exercice professionnel.

En 1999, un programme de suivi administratif du Collège des Médecins a été établi pour les confrères rencontrant des difficultés dans leur pratique en lien avec des troubles somatiques ou psychiques. Au cours de la prise en charge d'une durée moyenne de 2 ans, tout médecin bénéficiaire signe un consentement permettant à son thérapeute de communiquer périodiquement sur son aptitude à exercer en fonction de son état de santé, sa compétence et son efficacité cliniques [262]. L'organisme est placé sous l'égide de la Direction de l'Amélioration de l'Exercice et financé par les trois Fédérations de Médecins (omnipraticiens, spécialistes et résidents), le Collège des Médecins du Québec et l'Association des Médecins de Langue Française du Canada [16].

6.2.2.2. Espagne.

Le Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM), créé par l'Ordre des Médecins de Barcelone, le Département de Santé et Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé, propose depuis 1998 une aide aux médecins dont l'exercice est affecté par d'éventuelles problématiques psychiques et addictives. Les principes de ce dispositif sont le respect de la confidentialité, la gratuité pour les médecins de Catalogne et pour ceux dépendant d'un organisme partenaire, ainsi que l'engagement symbolique par un contrat thérapeutique [262].

En 2001, la Fondation Galatea a été créée pour gérer le programme et développer des démarches d'amélioration de la santé et du bien-être des professionnels médicaux.

Le PAIMM dispose à Barcelone de la clinique Galatea, une unité d'assistance avec des services spécialisés et confidentiels d'internement, d'hôpital de jour et de prise en charge ambulatoire pour les médecins ; pour des raisons de confidentialité, la localisation n'est révélée que le jour d'entrée en hospitalisation et les patients sont admis sous une identité d'emprunt.

L'équipe soignante est constituée de 7 psychiatres, 1 consultant en médecine somatique, 4 psychologues, 5 infirmières dont 1 de coordination. Outre les équipements hospitaliers classiques, l'espace de soins offre une salle informatique, un gymnase, ainsi que des services de massage et de coiffure en supplément.

Le service accueille les médecins en activité de toute l'Espagne, voire d'autres pays tels le Portugal ou la France. Après un premier contact téléphonique (902 362 492) avec un médecin spécialisé de l'unité, un entretien de pré-accueil peut être proposé afin d'initier la prise en charge [16].

En une dizaine d'année, environ 1800 médecins malades ont ainsi été traités pour des troubles de l'adaptation, associés dans 45 % des cas à un abus d'alcool et dans 17 % des cas à d'autres substances [262] ; 85 % des patients sont venus volontairement, tandis que 15 % ont fait l'objet d'une injonction ordinaire.

Les expériences du PAIMM et d'autres programmes similaires en Amérique du Nord, au Canada et en Australie montreraient une efficacité supérieure chez les médecins malades de ces structures spécifiques comparativement aux établissements publics classiques ; les ruptures thérapeutiques seraient moindres, et les taux de réinsertion effective plus élevés. Le dispositif catalan estime ainsi que neuf médecins sur dix réintègrent le circuit professionnel au décours de leur prise en charge [16].

6.2.2.3. Autres pays.

Au Japon, la législation prévoit depuis 1987 la reconnaissance des victimes du karoshi [263], estimant que tout décès résultant d'une charge professionnelle excessive constitue un accident de travail. Pour bénéficier d'une indemnisation, la famille du défunt doit justifier d'un exercice professionnel de son proche durant vingt-quatre heures consécutives la veille du décès ou encore d'au moins seize heures de travail quotidien toute la semaine précédente [16].

En Grande-Bretagne, une étude menée par le Professeur Forsythe et publiée dans le British Medical Journal en 1999, montrant la proportion croissante (70 %) de l'automédication chez les praticiens du pays, a conduit à la création d'une série de cabinets de consultation réservés aux médecins, le National Counseling Service for Sick Doctors [120].

6.3. LE MEDECIN-MALADE

Avant d'aborder les principales pistes en matière de prise en charge du burn out chez les PH, nous vous proposons en préambule une réflexion sur les spécificités de la relation thérapeutique lorsque le patient est aussi médecin.

En sociologie, le terme « maladie » recouvre 3 notions différentes désignées par des mots distincts en anglais :

- « disease », au sens de l'altération physique pure, correspondant à la pathologie en tant que réalité objective
- « illness », relatif au ressenti subjectif du patient, renvoyant à la maladie en tant qu'expérience co-construite par le patient et ses proches en fonction de leurs représentations

- « sickness », envisageant la pathologie comme processus de socialisation, dans la mesure où les comportements adoptés par le malade constituent des critères de reconnaissance au regard de son entourage et de la société [262].

Les processus pathologiques présentent de fait des variabilités d'expression inter et intra-individuelles : pour le médecin comme pour tout patient, ses origines, sa culture et ses croyances, notamment religieuses, interviennent dans le vécu de sa maladie, mais son statut professionnel confère certaines spécificités à cette expérience.

Le Docteur Thibault, généraliste canadien auteur d'un traité d'anthropologie médicale en 1985, parle d'une « double conspiration du silence », déplorant l'absence de littérature scientifique sur « les maladies qui frappent les médecins eux-mêmes » ainsi que le manque de considération de la société à cet égard. L'ouvrage répertorie l'évolution des diverses représentations du médecin malade de l'Antiquité à l'Époque Contemporaine. Les Grecs anciens considéraient l'atteinte de leurs médecins comme un fléau notable, ce qui transparaît dans un passage de l'Illiade où les Achéens, défavorisés dans le combat, sont saisis d'une « crainte extrême » à l'idée que les « les Troyens ne prissent Machaon », fils d'Asclépios et chirurgien des armées [264].

Le paradoxe inconcevable du médecin malade se repère très tôt dans l'Histoire, dès le précepte d'Hippocrate au IV^{ème} siècle avant JC : « Le médecin aura une bonne couleur et de l'embonpoint. Car la foule s'imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état ne sauraient pas soigner convenablement les autres » [265]. Des centaines d'années plus tard, il est inscrit dans la Bible : « Médecin guéris-toi toi-même », tandis que Voltaire affirme qu'« il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse ».

Force est de constater que ces croyances ont traversé les âges pour être intériorisées par des générations de médecins, qui se montrent toujours « plus critiques que la plupart des gens vis-à-vis [...] d'eux-mêmes » et « se blâment plus facilement lorsqu'ils sont malades » [240].

« Le microbe n'atteint jamais le médecin, c'est pareil pour les RPS. Intouchables, jamais malades, c'est typique du corps médical ! » Médecin du travail.

Ceux-ci sont tout aussi disposés que la société, voire davantage, à occulter leur propre vulnérabilité. Admettre la moindre faiblesse s'apparenterait à une faillite de leur toute puissance supposée et risquerait d'engendrer des conséquences dommageables pour leur carrière. La nécessité de paraître fort et impassible en toutes circonstances s'impose [266], et lorsque le masque tombe face aux symptômes devenus trop manifestes de leur pathologie, la situation est volontiers vécue sur un mode d'échec et de culpabilité [112,267].

Le retard de prise en charge serait donc monnaie courante dans le corps médical, qu'il s'agisse d'une plus grande propension au déni et à la banalisation de la maladie, ou encore d'une phase courante d'errance thérapeutique avec recours privilégié à l'automédication, de nombreux médecins se déclarant eux-mêmes comme leur médecin traitant. Concernant la question de l'autonomie importante du médecin malade, le CNOM s'interroge sur la nécessité de limiter les auto-prescriptions en les soumettant à un non-remboursement par la sécurité sociale [262].

Selon les psychiatres soignants de confrères, ces patients particuliers présentent donc une « méconnaissance et une difficulté dans la prise de conscience des troubles » et mettent en avant « des croyances erronées », « persuadés qu'ils sont les seuls et doivent s'en sortir seul ». La honte et la crainte d'être jugé s'ajoutent aux mécanismes de défense tels la « rationalisation

médicale » et « l'intellectualisation », le recours aux « connaissances médicales » dans une tentative de « contrôle » et de « maîtrise » face à l'emprise du processus pathologique [16].

Au-delà du premier palier de reconnaissance de leur affection, les médecins se heurtent ensuite à une résistance aux soins, ce d'autant qu'ils relèvent d'une prise en charge psychiatrique [155] ; la crainte de probables répercussions sur le plan professionnel mais aussi financier est très présente en arrière-plan.

Le coût d'un arrêt de travail constitue en effet un motif de délai d'entrée dans les soins, la protection sociale pouvant s'avérer plus ou moins précaire en fonction du statut du praticien. En milieu hospitalier, les contractuels ne jouissent d'aucune garantie statutaire : pour tout type d'arrêt, ils ne disposent dès le début que des IJ de la sécurité sociale. Les titulaires sont indemnisés à hauteur de 100 % de leur salaire durant les 3 premiers mois, puis de 50 % les 9 suivants. Au-delà de 12 mois, ils ne touchent plus que les indemnités de la sécurité sociale, à moins de basculer sur un congé de longue maladie ou longue durée. Quant aux universitaires, principalement sous tutelle de l'Éducation Nationale, ils ne perçoivent leur rémunération hospitalière que durant trois mois, avant d'être indemnisés au seul prorata de leurs émoluments universitaires. Des assurances complémentaires sont néanmoins disponibles [16].

Outre les problèmes d'accès aux soins, la prise en charge en elle-même pose des difficultés non négligeables. Le cadre thérapeutique tend à être discuté par le médecin malade, des négociations s'instaurant autour de l'acceptation et de l'adhésion aux traitements (avec par exemple des réticences et des « questionnements sur le choix de telle molécule par rapport à une autre »), de l'opportunité d'un arrêt de travail ou encore d'une hospitalisation [262].

Une ambivalence certaine s'observe : la « difficulté à quitter la place de confrère » vient parasiter la relation thérapeutique, le malade conservant une « position haute » dans une

dynamique de « rivalité plus ou moins consciente » [16], alors même qu'il aspire à la fois à une anonymisation, un oubli de son statut, et recherche le rapport asymétrique caractérisant le duo du patient souffrant passivement face à son médecin, porteur du savoir et du pouvoir [262].

Ce type de prise en charge est tout aussi complexe pour le médecin soignant : être choisi par un pair s'avère en effet gratifiant comme anxiogène [112]. Il s'agit pour commencer d'une remise en cause directe du fantasme d'invulnérabilité, le processus d'identification au patient étant grandement facilité par la proximité induite par le partage d'un même métier. Face au miroir de son confrère malade, le spectre de la mort peut faire effraction dans le psychisme du thérapeute et provoquer des difficultés d'ajustement émotionnel, sur une gamme variant d'un « trop d'empathie » à un contre-transfert négatif [16].

Une sensation de « confusion des rôles » et une « impression d'être jugé dans les deux sens » viennent ébranler la position habituelle de supériorité du médecin, de même que l'existence d'un réseau social commun [16].

Le statut particulier du médecin-malade entraîne des spécificités dans la relation thérapeutique devant être prises en compte dans toute action de soins à l'attention des médecins hospitaliers en burn out.

6.4. APPROCHE INDIVIDUELLE

La prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel chez le médecin hospitalier, à l'interface de son milieu de travail et de sa personnalité, se doit d'être envisagée à trois

niveaux, identifiés précocement par Pines et Maslach : celui de l'individu, du collectif et de l'institution. Le premier axe concerne donc le sujet épuisé en personne [22].

6.4.1. PREVENTION PRIMAIRE

En amont de la chaîne de soins, elle aide à réduire, voire maîtriser les risques professionnels avant l'apparition de leurs éventuelles conséquences chez le sujet.

6.4.1.1. Lieux de ressourcement.

En premier lieu, il s'agit pour le médecin d'être attentif au « soutien de soi » et d'appliquer certaines mesures hygiéno-diététiques [4], à savoir :

- adopter un régime alimentaire équilibré comprenant 5 fruits et légumes par jour, ainsi qu'une consommation modérée d'alcool (3 verres / jour, 14 / semaine pour un homme ; 2 / jour, 9 / semaine pour une femme), ne pas sauter de repas en particulier au travail
- éviter l'automédication
- respecter son rythme de sommeil personnel
- pratiquer un exercice physique, notamment 30 minutes de marche quotidienne
- profiter de moments en famille et entre amis ; les médecins consacrant suffisamment de temps à leurs proches seraient en effet plus épanouis dans leur carrière professionnelle [154]
- planifier et organiser régulièrement des périodes de vacances
- consacrer au moins 5 heures hebdomadaires à ses loisirs [135,170], tels activités culturelles, sportives, artistiques ou encore engagements associatifs qui participent à restaurer l'estime de soi [4]
- respecter la notion de « self-care ability » [268], prendre du temps pour soi exclusivement, en se prévoyant un moment de qualité individuel un soir par semaine ou encore une journée

par mois [16] ; il s'agit en effet de « savoir prendre soin de soi préalablement à savoir prendre soin des autres » [4], selon le principe de l' « égoïsme conséquent » [269].

6.4.1.2. Développement personnel.

Il s'agit pour commencer de certains « conseils de bon sens » répertoriés par Canoui et Mauranges dans leur ouvrage [4] : faire une chose à la fois, apprendre à planifier, éviter le perfectionnisme, être à l'écoute de soi-même, rire, ne pas chercher à aimer et être aimé de tous, ...

Un cortège d'attitudes positives est également décrit ; le médecin doit apprendre à :

- « entretenir une relation amicale avec lui-même », en se montrant aussi tolérant et empathique à son égard qu'à celui de ses patients
- « cultiver son jardin relationnel », en prenant soin de s'entourer de personnes bienveillantes et de s'en remettre à elles si nécessaire
- « utiliser sa raison et percevoir les situations d'une façon nuancée » [46].

Les techniques de méditation, comme la pratique du yoga et plus récemment le mindfulness, peuvent également participer à cette démarche d'épanouissement personnel.

6.4.2. PREVENTION SECONDAIRE

Ce niveau d'intervention s'attache à dépister les conséquences du stress pour diminuer leur impact, ainsi qu'à développer chez le sujet des ressources pour y faire face.

Le champ de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) propose différentes approches efficaces de gestion du stress, notamment concernant le coping. Il peut s'agir d'une modification des stressés eux-mêmes ou de leur perception.

6.4.2.1. Information et résolution de problème.

La recherche d'informations pertinentes sur la situation permet d'en renforcer la maîtrise. Lorsque le problème est ainsi resitué dans son contexte, il est possible d'y appliquer une démarche résolutive, qui consiste à :

- identifier les problèmes
- les hiérarchiser pour en choisir un seul à la fois
- reconnaître ses ressources pour le gérer
- trouver toutes les idées possibles pour y faire face
- évaluer les avantages et inconvénients de chaque idée
- tester les solutions envisagées dans l'ordre de préférence établi.

Chaque problème est ainsi abordé selon la même séquence, tandis que l'acquisition de la méthode en elle-même permet de mieux appréhender les difficultés futures [48].

6.4.2.2. Restructuration cognitive.

Le stress généré par une situation donnée n'est pas inhérent à sa nature même, mais bien plus à la perception du sujet qui la vit.

Tout un chacun peut être amené à mobiliser un cortège de pensées dites automatiques, liées à ses représentations internes et son image de soi ; ces cognitions parfois dysfonctionnelles peuvent être repérées et évaluées à travers divers outils de TCC : colonnes de Beck, flèche descendante ou "pire du pire", pourcentage de croyance, décentrage, ...

Une attention particulière est portée aux erreurs de logique que sont les tendances à l'abstraction sélective, la généralisation, la maximisation du négatif, l'inférence arbitraire et le raisonnement dichotomique [48].

La discussion socratique permet progressivement au sujet de se représenter plus objectivement la gravité et les conséquences d'un événement donné, sa probabilité de survenue ou encore les ressources dont il dispose pour y faire face.

6.4.2.3. Remise en question et acceptation de la crise.

Pour le médecin, ces notions passent en premier lieu par l'acceptation des limites de son art et de sa finitude en tant que soignant, alors même que les situations d'errance et autres échecs thérapeutiques constituent des sources de stress courantes. Dès lors que « le soignant en burn out attend trop de sa profession, qu'elle lui rapporte en miroir une belle image de lui-même, un accomplissement personnel, de la reconnaissance, de l'amour », le médecin « vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une impossibilité ... Il ne peut de ce fait penser l'impasse dans laquelle il se trouve du fait même qu'il est dans une logique sans limite » [25].

6.4.2.4. Conséquences du stress.

Face au stress, le second niveau d'intervention se situe au niveau des réactions qu'il engendre, sur les plans physique, émotionnel et comportemental. Il apparaît essentiel de savoir reconnaître ses « ennemis intérieurs » [270].

6.4.2.4.1. *La relaxation physique.*

Elle vise à instaurer une sensation de détente ainsi qu'à mieux contrôler les situations rencon

trées. Après une phase de prise de conscience des effets physiques induits par le stress perçu, elle amène à disposer d'un meilleur contrôle physiologique (fréquence cardiaque, respiratoire, tonus musculaire, ...). Une pratique régulière permet d'induire cet état de plus en plus facilement et rapidement pour l'utiliser au quotidien.

6.4.2.4.1.1. Technique respiratoire.

La respiration dite abdominale apporte un état de relaxation physiologique. Nous respirons généralement de façon haute et superficielle ; c'est alors la poitrine qui se soulève. Lorsqu'un individu expérimente un état d'anxiété, ce phénomène s'accroît, produisant un effet d'hyperventilation délétère.

Le procédé est simple à appréhender. Voici le déroulé d'un exercice :

- s'installer au calme, en position allongée ou assise confortable
- prendre le temps d'observer sa respiration, le trajet de l'air qui entre par les narines, emplit les poumons et en ressort
- poser une main sur son ventre, pour sentir plus facilement le ventre qui se soulève à chaque inspiration, puis se dégonfle comme un ballon à chaque expiration
- pour obtenir une fréquence respiratoire apaisante, compter 4 secondes par inspiration, marquer une courte pause puis expirer sur 6 secondes ; faire à nouveau une courte pause avant d'entamer un autre cycle [4].

Lorsque la technique est bien intégrée, elle peut aisément être appliquée dans nombre de situations du quotidien : dans les transports en commun, la voiture, assis au bureau, ...

6.4.2.4.1.2. Technique musculaire.

Plusieurs procédés existent, nous allons détailler l'un des plus pratiqués : la relaxation musculaire.

laire progressive de Jacobson, qui repose sur une série de contraction-décontraction de groupes musculaires. Elle permet de repérer plus facilement au quotidien les tensions musculaires éventuelles, en s'habituant aux sensations de contraction comme de détente.

Le temps de contraction est d'environ 5 secondes pour 10 secondes de décontraction. Les gestes doivent être effectués sans exagération, de façon indolore ; certains groupes musculaires (lombaire, cervical, ...) peuvent être évités en cas de pathologie notable.

En début d'apprentissage, un exercice complet nécessite entre 15 et 30 minutes :

- s'asseoir au calme, dans une position et une tenue confortables
- fermer les yeux et prendre le temps de respirer calmement pour commencer
- serrer le poing gauche fermement pendant quelques secondes, puis relâcher ; être attentif à la sensation de détente produite, puis faire de même du côté droit
- rapprocher le bras gauche de l'épaule gauche et contracter le biceps, relâcher ; étendre le bras gauche en plaçant le dos de la main sur le genou gauche, maintenir la position quelques secondes puis relâcher ; se laisser envahir quelques secondes par la sensation de détente, puis procéder de même du côté opposé
- au niveau du visage, effectuer les mouvements suivants : froncer les sourcils, hausser les sourcils, fermer les yeux, gonfler les joues, serrer les dents, presser les lèvres l'une contre l'autre
- étendre la tête vers l'arrière avant de reprendre sa position initiale ; l'incliner vers l'avant en posant le menton contre la poitrine au maximum, puis se détendre à nouveau
- hausser les épaules, maintenir quelques secondes, puis les laisser retomber comme lorsque l'on soupire ; les hausser à nouveau puis dessiner des petits cercles avec elles
- prendre le temps de quelques cycles respiratoires pour se laisser envahir par la sensation de détente complète de la partie haute du corps

- serrer le ventre en contractant les abdominaux puis relâcher
- contracter le bas du dos en se cambrant légèrement puis contracter les fesses
- pour les membres inférieurs, serrer les cuisses l'une contre l'autre, contracter les mollets, enfoncer le sol avec les talons puis les orteils
- prendre à nouveau le temps de ressentir l'état de relaxation de l'ensemble du corps
- si on le souhaite, il est possible de remuer progressivement les bras, les jambes, de bâiller, de s'étirer, ...
- enfin, ouvrir les yeux et reprendre contact avec l'environnement à son rythme [4].

Comme pour la relaxation respiratoire, la technique musculaire appelle une pratique régulière ; une fois habitué, on peut décomposer l'exercice en insistant sur les zones les plus concernées par les tensions musculaires, et/ou sur celles que l'on préfère.

6.4.2.4.2. *La gestion des émotions.*

Elle aide à l'ajustement de la distance relationnelle thérapeutique, en permettant au médecin de contrôler ses propres émotions et d'induire chez son patient des attitudes désirables, facilitant le travail de soin (calmer un malade angoissé, atténuer la gêne liée à un soin intime, ...). Selon Hochschild, ce processus se doit d'être invisible pour être le plus efficient possible [37].

Il s'agit dans un premier temps d'apprendre à identifier ses émotions en s'attachant à les reconnaître puis à les comprendre. Le travail cognitif consiste alors à questionner ses représentations personnelles, en s'interrogeant sur leur caractère légitime (« cette émotion me paraît-elle justifiée ? ») et leur attribution interne ou externe (« est-ce ma faute ? est-ce mérité ? ») [48].

Leur maîtrise passe dans un second temps dans leur expression qui permet une décharge tensionnelle : se permettre de vivre ses émotions négatives comme positives (rire, pleurer, ...), les communiquer aux autres en geste comme en parole, ...

6.4.2.4.3. Le changement comportemental.

6.4.2.4.3.1. Gestion du temps.

Le médecin hospitalier dispose généralement de suffisamment d'autonomie pour structurer son activité et planifier chaque journée, en veillant à définir des priorités, professionnelles bien sûr mais également personnelles (un agenda unique est à privilégier) [270]. Une définition claire des attentes et conditions d'exercice aide ainsi à maintenir une charge modérée et constante de responsabilités et tâches professionnelles [268].

Un travail sur les distorsions cognitives fréquentes chez les praticiens vis-à-vis de la gestion du temps est à entreprendre, en encourageant un certain degré de lâcher prise, de distanciation et de relativisation des situations rencontrées. Les critères d'exigence élevée habituels dans le corps médical engendrent un sentiment de culpabilité qui limite les attitudes bénéfiques consistant à collaborer, déléguer, s'accorder des pauses au cours de la journée, discuter avec ses collègues, ... [48]

6.4.2.4.3.2. Contrôle de soi et réassurance.

La position assertive est à rechercher, car elle permet d'entretenir des relations cordiales avec autrui tout en s'autorisant à exprimer ses idées, en particulier divergentes. L'un des points essentiels pour le médecin est de connaître ses motivations et ses besoins [271], puis de savoir dire non pour les respecter.

L'affirmation de soi doit être travaillée dans le but de faire valoir au mieux ses droits et ses opinions, être plus à l'aise dans les relations à autrui et disposer d'une meilleure estime de soi. Elle repose avant tout sur une bonne maîtrise de la communication : employer préférentiellement le « je », reformuler, persister, adopter un langage infra-verbal adapté au discours, ... [48]

6.4.3. PREVENTION TERTIAIRE

En aval de la survenue du trouble, elle vise à limiter ses conséquences, à prévenir les éventuelles rechutes et à favoriser la réinsertion du sujet.

6.4.3.1. Une nécessaire reconnaissance.

Pour plusieurs auteurs, elle constitue la première étape essentielle de la prise en charge. Un certain nombre de prémisses du burn out pourrait être raisonnablement identifié par le médecin concerné, mais il est fréquent de constater une résistance, voire un déni, à admettre ces difficultés. Un travail d'acceptation doit ainsi être élaboré au préalable [1,272].

Plus généralement, comme le soulignent les psychiatres interrogés dans le travail de thèse du Docteur Lamarche [16], il apparaît souhaitable pour les médecins de prendre une part active dans la considération de leur santé, de « se prendre en charge pour soigner les autres » et d'« apprendre à consulter pour eux-mêmes », en limitant le recours à l'automédication et en s'engageant « à avoir un médecin de référence ». Cette démarche facilite ainsi l'un des premiers réflexes à adopter lorsque l'épuisement survient, à savoir solliciter son médecin traitant.

Or, consulter pour un burn out représenterait « à la fois la plus grande crainte et la plus impérieuse nécessité » [273], car il est fréquent de se voir proposer un arrêt de travail, particulièrement culpabilisant dans les représentations d'un membre du corps médical. Il n'est pas rare au contraire pour un médecin, encore plus qu'un autre soignant, de tenter de repousser ses limites le plus longtemps possible et de « défendre ce qui justement le rend malade » [273]. Le Docteur Rentch nuance toutefois le recours à l'arrêt de travail, qu'il conviendrait selon lui de considérer au cas par cas ; en effet, si cette mesure apporte indéniablement des bénéfices, elle peut également induire une rupture avec le milieu professionnel générant une importante anticipation anxieuse de nature à compromettre une reprise ultérieure [3].

« Il y a cette idée de “ je n'y arrive plus, je viens vous voir, non pas pour comprendre pourquoi je n'y arrive plus, parce que ça je le sais, mais plutôt pour savoir comment faire pour y arriver de nouveau ”. [...] C'est vrai pour toutes les professions, mais je pense que c'est encore pire dans la population de médecins, qui est encore plus réticente à être en arrêt et qui tient encore plus longtemps de par sûrement des raisons d'exigences personnelles, de responsabilités vis-à-vis des patients, du service et de leur mission, et puis vis-à-vis de la culpabilité aussi je pense [...]. » Psychologue du travail.

L'idéal à rechercher est en fait la distanciation [274], qu'elle soit actée par un arrêt ou d'autres mesures tout aussi salutaires, regroupées par Lauderdale sous le vocable de « relâche » [39]. Afin de pouvoir au mieux se restaurer, le médecin épuisé doit s'accorder des périodes de repos pour « reprendre contact avec ses besoins fondamentaux physiologiques, récupérer de l'énergie, retrouver le contact avec des activités agréables et de recherche du plaisir » [274].

6.4.3.2. L'amorce d'un changement.

Lorsque le médecin présentant un syndrome d'épuisement professionnel a pris conscience de sa situation et sollicité un confrère, il est régulièrement orienté sur une démarche destinée selon Lauderdale à provoquer un changement interne nommé « voyage intérieur » [39].

Les psychothérapies analytiques et cognitivo-comportementales sont régulièrement employées, en association éventuelle à un traitement médicamenteux hypnotique, anxiolytique et/ou antidépresseur (notamment IRS), en fonction des symptômes et comorbidités repérés [3].

Outre ces possibilités de prise en charge ambulatoire classique, Canoui souligne la place en milieu hospitalier de la psychiatrie de liaison, ou « psychiatrie de couloir ». Ces interventions seraient d'après lui souvent « brèves et/ou uniques », néanmoins « très efficaces » et emprunteraient beaucoup « au concept de la consultation thérapeutique décrit par le pédiatre et psychanalyste anglais Donald W. Winnicott » [193]. Nous pouvons cependant nous interroger sur l'opportunité d'un tel recours lorsque le soignant bénéficiaire est lui-même médecin, a fortiori dans le même hôpital que le confrère psychiatre sollicité pour la consultation...

« En général, les médecins du travail qui arrivent à accrocher un peu le médecin en souffrance en lui disant “ quand même, ce serait bien ” vont 2 fois sur 3 lui proposer de l'aide mais à l'extérieur, parce qu'ils vont dire “ oui bon d'accord, mais pas ici ” ; donc il y a quand même aussi cette difficulté-là. » Psychologue du travail.

Dans tous les cas, la psychothérapie du praticien s'accompagne d'une remise en question personnelle, possible à envisager après le processus précédemment décrit de reconnexion à

ses émotions et ses besoins fondamentaux. Un nouvel équilibre des priorités du sujet dans les différentes sphères de son existence est recherché [3] ; il apparaît souhaitable de s'interroger sur certaines valeurs telles l'idéalisme, le perfectionnisme, la disponibilité, le besoin de reconnaissance, l'ambition, ... et d'y substituer dans une certaine mesure les notions de raisonnable finitude, protection et respect de la vie privée, plaisir au travail, ... [1] Lauderdale évoque quant à lui l'indispensable « compromis » à réaliser entre les attentes et idéaux personnels et les conditions de travail [39].

6.4.3.3. De la transition à la transformation.

Il appartient ensuite au médecin sensibilisé et soutenu dans la traversée de son burn out d'explorer le champ des possibles s'offrant à lui pour son futur professionnel. Un retour à son ancienne activité peut être envisagé, après quelques mois voire quelques années parfois en cas d'arrêt, ou alors un « nouveau départ » peut être décidé [274].

Lauderdale souligne toutefois que cette option comporte le risque éventuel d'un simple déplacement avec répétition à terme des mêmes troubles [1]. Il conviendrait donc selon l'auteur d'opérer une véritable « mutation », un « changement profond tant dans les conclusions extérieures qu'intérieures » [39].

A l'instar d'autres troubles, le syndrome d'épuisement professionnel pourrait ainsi être transformé de façon positive et permettre au médecin de se libérer et de rompre avec certains schémas limitants ancrés jusqu'alors [274].

Si un vide relatif semble exister en matière de moyens collectifs de prise en charge des PH en burn out, nous repérons néanmoins sur un plan individuel une certaine palette thérapeutique, empruntant notamment au champ des TCC en matière de gestion du stress.

6.5. APPROCHE CORPORATIVE

Le deuxième axe d'intervention se situe sur un plan collectif, avec l'implication indispensable du corps médical dans son intégralité.

6.5.1. LE SOUTIEN DES PAIRS

Ce principe est inscrit au sein même du Code de Déontologie de la profession, dont l'article 56 précise que « les médecins se doivent assistance dans l'adversité ».

La communauté médicale dans son ensemble est appelée à cultiver un esprit de confraternité ; cette entraide est notamment garantie par l'Ordre, conformément à l'article L. 4121-2 du Code de Santé Publique [16].

Le burn out constituant parfois un « diagnostic de couloir » [4], le soutien des confrères peut s'avérer décisif ; après avoir constaté un changement de comportement révélateur chez un autre médecin, il conviendrait d'intervenir le plus tôt possible [275,276], en s'efforçant dans un premier temps de l'amener à une prise de conscience du trouble. Ignorer la situation risquerait en effet de conduire à son aggravation.

Une intervention peut légitimement être anxiogène pour le collègue ressource ; quelques principes d'approche du sujet en difficulté ont ainsi été définis [139,275,276] :

- repérer les changements inquiétants et objectivement observables pour briser le déni éventuel du confrère concerné
- choisir le moment et l'endroit opportuns pour lui en parler
- témoigner une volonté sincère de lui apporter de l'aide, sur un plan amical ou administratif
- commencer par énoncer les qualités professionnelles du collègue avant d'aborder précisément les faits problématiques

- suggérer un lien entre le comportement observé et l'existence d'un burn out
- souligner les bénéfices attendus d'une prise en compte du trouble, puis définir les moyens d'action possibles, notamment l'existence de programmes d'aide ou d'autres soins confidentiels
- aménager si possible l'emploi du temps du confrère pour faciliter son accès aux soins et sa réinsertion professionnelle (mesure concernant en particulier les chefs de service).

Il est encore envisageable de s'appuyer sur le droit et le devoir d'ingérence développés dans le Code de Déontologie, en recourant au signalement confraternel de collègues souffrant d'une maladie mentale ou d'une addiction auprès du CDOM ; il s'agit d'une mesure de protection et d'aide au médecin en difficulté et non d'une sanction disciplinaire [157,277]. Un nouveau numéro d'appel dédié cette fois aux PH serait en cours de mise en place (0810 00 33 33), afin de permettre aux médecins en souffrance, à leurs familles ou confrères de joindre un professionnel de soins aux soignants 24h sur 24 [240].

Pour permettre le développement de ces filières de soins spécialisées, il convient de former un certain nombre de médecins, notamment psychiatres, à la prise en charge de confrères [157]. Comme nous l'avons précédemment évoqué, celle-ci peut générer chez le professionnel de santé le même type de difficultés qu'en cas de soins apportés à un proche [123,142,156], un écueil spécifique résidant en particulier dans la possible identification du médecin-soignant au médecin-malade [108,155]. Dans cette même perspective de réseaux, un renforcement de l'articulation entre médecine du travail et psychiatrie pourrait également être envisagé, pour faciliter l'adressage en consultation spécialisée des PH qui le nécessitent, ce en dehors de l'institution où ils exercent.

Dans un cadre de prévention plus large, certains auteurs prônent de limiter l'accès aux médicaments chez les médecins, a fortiori dépressifs, en instituant une limitation de l'auto-

prescription via son non-remboursement par la sécurité sociale. Les pharmaciens pourraient de même être sollicités en signalant ces prescriptions potentiellement délétères [107,157]. Dans certains pays comme l'Australie, ce type de mesures bénéficie déjà d'un cadre législatif [278]. En Angleterre, il est considéré qu'« 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 » [279], tandis qu'il est impossible de s'inscrire au Conseil de l'Ordre sans avoir déclaré de médecin traitant [280].

6.5.2. LE ROLE DE LA FORMATION

En matière de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des médecins, de nombreuses publications s'accordent sur le rôle clé des actions d'information à tous niveaux de leur parcours.

Evoquer précocement et clairement aux futurs médecins les notions telles le burn out, les addictions, ..., ou plus largement les réalités de la pratique quotidienne, pourrait contribuer à sensibiliser voire identifier les sujets en souffrance, ainsi qu'à réduire le décalage auquel sera possiblement confronté l'étudiant entre son idéal et son vécu de terrain. Il serait particulièrement intéressant d'enrichir l'enseignement de psychologie, tant l'impression d'une préparation insuffisante à un certain nombre de situations existentielles (annonces diagnostiques, de décès, ...) demeure. Les représentations sociales de la médecine et de la maladie, ainsi que les inégalités de santé et leur lien avec les inégalités sociales, pourraient de même être abordés au cours des études médicales. Des bases théoriques en philosophie et en éthique sur la fonction soignante permettraient également aux futurs médecins d'alimenter par la suite une réflexion indispensable sur leurs pratiques, leurs responsabilités et leurs limites vis-à-vis des malades comme de la population [281]. Les étudiants en médecine interrogés dans la thèse du Docteur

Tholin proposent ainsi l'instauration de cours de sciences humaines et sociales sur les aspects relationnel, humain et social de la profession [282].

Ce cortège d'idées est également partagé par des psychiatres thérapeutes de confrères [16], qui soulignent l'importance d'une information sur les possibles atteintes psychiques des médecins pour « dédramatiser le sujet », « sortir du tabou » et « de la clandestinité », ou encore d'une formation sur « l'identité du médecin », ses qualités et sa « maîtrise liée à son travail, à son savoir », comme ses limites. Selon eux, « quitter la toute puissance médicale favoriserait l'expression à temps des souffrances », tandis que « prendre en compte [ses] blessures et les soigner peut permettre d'avoir une attitude thérapeutique plus juste avec [les] patients et diminuer les risques de burn out ».

Au niveau pratique, il serait intéressant de faire connaître aux étudiants les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires (BAPU) et d'instaurer une responsabilisation progressive destinée à adoucir la transition de l'externat à l'internat, dans une optique de prévention du burn out. Il pourrait ainsi être utile de créer des fiches de poste dans chaque service pour les externes, voire d'élaborer un statut de « super externe » en 6ème année, de développer les postes de FFI et de réhabiliter au premier plan l'encadrement privilégié des étudiants par leurs seniors [280]. Ce tutorat assure une fonction anxiolytique pour les plus jeunes médecins tout en valorisant la compétence des anciens ; en octobre 2010, un nouvel article a d'ailleurs été soumis au Code de Santé Publique (n°68 bis), définissant le compagnonnage comme une obligation déontologique visant à transmettre les savoirs et les connaissances [283].

Plus tard dans le cursus, il apparaîtrait judicieux de poursuivre une campagne d'information et de sensibilisation sur le sujet en remettant aux internes une plaquette avec les numéros utiles en cas de détresse et en encourageant le recours à la médecine du travail ; une visite annuelle obligatoire dans cette structure gagnerait à être instaurée afin de délivrer un certificat

d'aptitude physique et psychologique à la poursuite de la formation. Notons à ce propos que la loi définit en principe qu'« 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 », conformément à l'article R.6153-7 du Code de Santé Publique relatif au décret n°99.930 du 19 novembre 1999.

De même, dans un rapport de la Commission Nationale Permanente (CNP) de juin 2004 intitulé « L'entraide ordinale », le Docteur Delga insiste sur la nécessité d'une évaluation physique et mentale des étudiants en médecine avant le début du troisième cycle, ainsi que du suivi médical du praticien en exercice, pour son propre intérêt comme celui de ses patients [262].

Dans le cadre de la formation continue, ces différentes démarches pourraient être prolongées par le développement de stands d'information et de conférences lors des colloques ou congrès, ou encore la proposition de séminaires de gestion du stress et de management d'équipe.

6.5.3. L'APPORT DES GROUPES

Ces différentes réunions apparaissent comme des lieux privilégiés propices au déploiement de l'entraide entre confrères.

6.5.3.1. Groupes Balint.

Nous devons ce concept au psychiatre hongrois Balint (1896-1970), psychanalysé par Ferenczi et influencé par Mélanie Klein et Winnicott. En 1957, dans son ouvrage « le Médecin, son malade et la maladie », il propose l'extension des théories de la psychanalyse à la pratique de la médecine générale, en créant des groupes de parole abordant la relation thérapeutique à

partir d'études de cas (case work). Balint avait en effet constaté un manque de formation magistrale des médecins sur le plan de la psychologie, au profit des connaissances scientifiques pures. Il estimait cependant à juste titre que le relationnel fait partie intégrante du soin apporté au patient. La charge émotionnelle émergeant de la prise en charge des malades se doit ainsi d'être travaillée, élaborée, perlaborée, afin de pouvoir être exploitée à des fins thérapeutiques [260].

En 1974, la définition suivante est présentée lors du Congrès international Balint à Bruxelles : « Groupe de médecins (actuellement de tous soignants) 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-médecins ayant des responsabilités thérapeutiques ».

En pratique, il s'agit donc d'un regroupement de quinze personnes maximum, animé en général par un analyste (médecin de préférence) ou par un psychiatre ayant une expérience dans le domaine. Les cas évoqués peuvent l'être sous différentes formes : récit restitué par le médecin, psychodrame, jeu de rôle, ...

Le fait de s'exprimer devant des pairs, susceptibles donc de comprendre et de vivre les mêmes difficultés dans leur pratique, serait de nature à libérer la parole. Les propos spontanés sont privilégiés, et l'attention du groupe amenée à se focaliser sur le contenu verbal comme infra-verbal : choix des mots, intonations, lapsus, silences, gestes, mimiques, ...

Il est postulé que le soignant met en scène dans son récit de la relation thérapeutique les défenses du patient comme les siennes propres, en lien avec des problématiques inconscientes

communes : idéal du Moi, toute-puissance, castration, complexe d'Oedipe, ... La dynamique de groupe permet d'analyser les phénomènes de transfert et contre-transfert : les modalités relationnelles du médecin envers ses pairs présents se superposent de fait à celles qu'il entretient habituellement avec ses patients.

Il ne s'agit donc ni d'un groupe thérapeutique, ni d'un séminaire de cas cliniques : l'accent n'est pas mis sur les difficultés personnelles (familiales, ...) des médecins, ni sur les pathologies des patients, mais bien sur le duo relationnel médecin-patient. Cette approche serait favorable en terme d'accomplissement personnel et de réduction du stress au travail ; elle permet au médecin participant d'identifier et de partager ses atouts, ses faiblesses, ses attentes et ses émotions, ainsi que de prendre du recul sur sa pratique [78,135,282].

6.5.3.2. Groupes de pairs.

Ils sont constitués quant à eux exclusivement de praticiens de même spécialité et de même type d'exercice [284], qui échangent à partir de cas cliniques aléatoires suivant la méthode d'analyse des pratiques instaurée par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1987 [154,284]. Ils sont destinés à renforcer l'identité professionnelle des praticiens, rompre leur isolement, améliorer la prise en charge des patients en comparant leur travail à celui des autres ainsi qu'aux données actuelles de la science.

En pratique, 5 à 12 médecins en activité se réunissent une fois par mois à leur domicile ou sur leur lieu de travail. Chaque rencontre est divisée en trois périodes successives : discussion sur les cas cliniques, les filières de soins locales puis temps libre. Chacun des membres assure à tour de rôle la fonction de secrétaire et de modérateur de séance.

L'échange porte cette fois essentiellement sur l'aspect médical de la prise en charge ; l'évocation des ressources locales permet de constituer des réseaux de soins opérationnels

destinés à améliorer la qualité des soins apportés aux patients. Le troisième temps permet quant à lui de revenir sur la réunion précédente en présentant le résultat des recherches bibliographiques effectuées sur le sujet et les solutions envisagées aux problèmes exposés.

Plus répandus en médecine générale, il serait intéressant de les transposer en pratique hospitalière.

6.5.3.3. Cercles de qualité.

A la différence des groupes de pairs, ces réunions de médecins de même spécialité (ou de spécialités proches) se déroulent sous la direction d'un modérateur spécialement formé. Il s'agit d'échanger sur sa pratique habituelle pour la conformer au mieux à l'Evidence Based Medicine, tout en enrichissant son réseau et en développant ses compétences.

Une dizaine de membres se rencontrent toutes les 2 à 8 semaines, autour d'un thème défini illustré par les expériences des participants. Cette auto-évaluation est de plus prise en compte au titre de la Formation Médicale Continue (FMC) exigée dans la profession.

6.5.3.4. Support social.

Toute démarche de soutien social en général est favorable dans la prévention du burn out. Dans les pays anglo-saxons, la méthode de « counseling » fait l'objet d'études régulières démontrant son efficacité ; le terme renvoie au fait d'orienter, soutenir et aider une personne à comprendre et résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face. Un counseling d'une durée de un an mené auprès de 227 médecins norvégiens [187] a ainsi mis en évidence une diminution considérable du niveau moyen de leur épuisement émotionnel, comparativement à un échantillon représentatif n'en ayant pas bénéficié.

Le tissu corporatif gagne à être impliqué dans la prise en charge de l'épuisement professionnel des médecins, ce dans un souci de renforcement de la cohésion du corps médical, notamment en milieu hospitalier où se côtoient des praticiens de spécialités et d'horizons divers. Au-delà de la reconnaissance de nos patients, celle de nos confrères apparaît en effet primordiale [240,271].

6.6. APPROCHE INSTITUTIONNELLE

Le troisième axe d'action se situe au niveau des institutions, à l'échelle locale de l'établissement hospitalier jusqu'à celle nationale des pouvoirs publics.

6.6.1. L'HOPITAL

6.6.1.1. Evaluation.

Dans le cadre de la prévention primaire du burn out, tout établissement hospitalier peut en premier lieu diligenter un audit sur le stress au travail rencontré par ses employés [285].

Cette évaluation est régulièrement confiée à un intervenant extérieur, mais deux acteurs de la hiérarchie hospitalière sont également susceptibles d'intervenir dans ce processus : le médecin du travail et le psychologue du travail [4].

Le médecin du travail assure un rôle sur le plan individuel aussi bien que collectif.

Au premier niveau, il s'agit pour lui d'être attentif aux signes de souffrance éventuellement manifestés par les salariés. Bien souvent, ces derniers verbalisent peu spontanément ce qui les préoccupe, ou alors expriment au mieux une plainte qu'il appartient au médecin d'entendre, d'accueillir et de légitimer en validant le vécu du travailleur. Cette approche préalable permet

par la suite la transformation de la plainte en demande de soins ; à ce stade, plusieurs solutions de prise en charge sont à envisager cas par cas, de l'arrêt de travail au changement de poste en passant par l'orientation vers une psychothérapie.

Ces mesures personnalisées sont indissociables d'une action sur les conditions de travail : après le repérage et l'accompagnement des individus en souffrance, le troisième rôle du médecin du travail est donc d'analyser les situations de travail pour les améliorer. Trois démarches peuvent être combinées dans ce but :

- l'approche ergonomique s'attache à observer sur le terrain les conditions de travail et à les évaluer en fonction de certains paramètres ; elle permet de quantifier la charge de travail en définissant les contraintes externes physiques (déplacements, postures, ...) et psychiques (temps de concertation, niveau de décision, mobilisation cognitive, ...)
- l'approche épidémiologique permet de récupérer des données chiffrées, anonymes et collectives sur les facteurs de RPS ; les questionnaires et échelles comme le MBI trouvent toute leur place dans ce processus
- l'approche psychodynamique développée par Dejours s'intéresse aux conflits générés par la rencontre d'un sujet avec son histoire propre et de règles de travail établies indépendamment de lui ; pour accéder aux manifestations de la souffrance engendrée par l'organisation professionnelle, il convient en premier lieu d'identifier les stratégies de défense collectives à l'œuvre [4].

Les quatrième et cinquième rôles du médecin du travail sont respectivement de porter à la connaissance de tous les difficultés du collectif de travail, assorties de modèles explicatifs illustrés par les facteurs de RPS identifiés, puis de proposer des interventions de prévention ; en milieu hospitalier, il peut s'agir de :

- l'ajustement des facteurs organisationnels, de l'activité de soins en elle-même jusqu'au cadre matériel et architectural des locaux
- l'implication des chefs de service visant à améliorer la communication entre soignants
- la mise en place de groupes de parole et de formations autour de thèmes tels l'épuisement professionnel, les questionnements éthiques (accompagnement de fin de vie, ...), la gestion des soins, ou encore la gestion du stress.

Le psychologue du travail possède quant à lui une triple fonction :

- participation à l'accueil d'un nouvel agent et suivi de son intégration au service
- formation et sensibilisation de la direction (ressources humaines, cadres, ...) au burn out
- intervention personnalisée et orientation vers une prise en charge spécialisée des individus qui le nécessitent [4].

6.6.1.2. Formation.

Dans la lignée d'un audit offrant une description de la situation d'un service à un moment donné, des actions de formation sont proposées dans une perspective de prévention secondaire. Leur finalité est de développer chez les salariés hospitaliers des compétences spécifiques à exploiter en situation de stress.

Parmi les différents modules employés, nous retrouvons souvent des groupes de gestion du stress se basant sur l'apprentissage vicariant défini par Bandura en 1976 : il s'agit d'une théorie cognitive fonctionnant par imitation de modèle ; les premières séances sont consacrées à une phase informative sur le stress et les réactions à celui-ci, puis vient la phase d'apprentissage proprement dite, avant la période de maintien avec mise en application concrète dans le réel des techniques apprises.

Citons encore les formations de gestion du temps, des conflits, de l'agressivité, la restructuration cognitive, le contrôle émotionnel ou les techniques de relaxation, des plus classiques aux moins répandues : en référence à la pause-café bien institutionnalisée dans les services, certains auteurs suggèrent notamment l'instauration d'une pause-massage [286]. Des espaces de parole et de médiation, mais aussi des aides matérielles pour des questions de vie quotidienne (crèches, ...), particulièrement utiles aux praticiennes, peuvent également être mises à disposition [285].

6.6.1.3. Communication.

Les diverses publications sur le burn out des soignants insistent sur son importance centrale : les notions de concertation et le support social sont à diffuser au sein des unités de soins, car elles favorisent l'épanouissement professionnel [170]. Une étude consistant en une revue de la littérature de 1971 à 2007 souligne d'ailleurs l'effet protecteur du soutien social dans la problématique de l'épuisement professionnel des médecins [287]. Une lourde charge de travail peut être bien supportée dans un milieu de travail solidaire, où les différents membres du collectif s'apportent mutuellement assistance et réconfort ; cet esprit d'entraide est à même d'enrichir la satisfaction des soignants quant à leur métier. La pluridisciplinarité présente à l'hôpital suppose du médecin qu'il apprenne à déléguer un certain nombre de tâches à ses collègues paramédicaux. Le fait d'encourager la reconnaissance des soignants et de soutenir leur autonomie permet d'obtenir le fonctionnement optimal de chacun d'entre eux, et retentit de façon positive au niveau affectif, cognitif et comportemental [288].

Les temps de transmission constituent des phases essentielles dans les services, comme le souligne le Docteur Estryn-Behar [175]. La construction du collectif ou « team building » consiste à développer une culture et des valeurs partagées par l'ensemble de l'équipe. Au

quotidien, la circulation des informations entre médecins et membres paramédicaux et les périodes de chevauchement des équipes offrent ces espaces de dialogue nécessaires. Moins conventionnelles, les pratiques de defusing et de debriefing seraient à encourager pour leur côté protecteur en cas de prises en charge difficiles, susceptibles de cliver les équipes, ou d'autres expériences professionnelles éprouvantes [289]. Plus occasionnellement enfin, des activités à caractère événementiel (journée portes ouvertes, ...) sont de nature à renforcer le sentiment identitaire de l'équipe [157].

6.6.2. LES POUVOIRS PUBLICS

L'une des premières mesures plébiscitées par les médecins eux-mêmes consisterait à mieux préciser la nature et les limites de la responsabilité médicale [63] ; la commission des jeunes médecins du CNOM a même suggéré à la session de septembre 2009 une redéfinition des champs d'activités entre les différents professionnels de santé, assortie d'une délégation de tâches et d'un transfert de compétences aux infirmiers notamment, voire la création de métiers intermédiaires afin de permettre aux praticiens de redisposer d'un temps médical satisfaisant [290].

Dans une perspective plus large de gestion du temps, de nouvelles avancées en matière de réduction des horaires de travail seraient à envisager : un praticien hospitalier effectuerait ainsi 48 heures minimum par semaine en moyenne ; une aide en matière de gestion administrative contribuerait à la diminution de la charge de travail [63]. L'accès sur les heures ouvrables aux journées de formation obligatoires au titre de la FMC serait également souhaitable. D'autres propositions concernent la valorisation du travail de nuit pour le calcul des salaires et des annuités de retraite, ainsi que l'intégration des praticiens hospitaliers dans le cadre de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 (dite TEPA ou « paquet fiscal ») en faveur du

travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, qui prévoit entre autres le paiement des journées non prises de RTT ou temps additionnel et le paiement des heures comprises entre 39 et 48 heures en « heures supplémentaires » [271].

Plusieurs auteurs s'accordent sur l'utilité d'engager une réflexion sur les perspectives d'évolution de carrière des médecins hospitaliers. Une étude australienne suggère ainsi une transition d'activité des médecins les plus âgés vers une activité de compagnonnage des plus jeunes [191]. Sur le territoire national, la commission jeunes médecins a avancé l'idée d'une qualification évolutive permettant une flexibilité inter-spécialités, associée à une certification finale non définitive à l'issue du cursus universitaire. La création de passerelles entre les filières pourrait décloisonner les spécialités et faciliter les reconversions des praticiens en leur permettant de rester au sein du corps médical [157].

« Moi j'ai commencé, j'ai fait de la médecine générale, puis de la médecine d'urgence, puis j'ai fait des soins intensifs, puis de la réa, donc je fais tout le temps évoluer ma carrière et je pense qu'elle va continuer à évoluer parce que je suis plus le même homme que ce que j'étais quand j'avais 18 ans. » Réanimateur, H, 38 ans.

« La question est de savoir si on peut tenir le même rythme jusqu'à 60 ans. En général, on sait faire que de la médecine, mais peut-être changer de poste au sein de l'hôpital, oui. » Neurologue, F, 48 ans.

Le système d'Évaluation des Pratiques Professionnelles et les bilans de compétences personnalisés, tels l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation Continues ou MGForm, seraient susceptibles d'accompagner ces réorientations professionnelles.

Un autre axe d'amélioration important selon les médecins eux-mêmes est celui de leur couverture sociale. Les recommandations de l'URML Ile-De-France [164] préconisent ainsi une attention particulière à la question des assurances complémentaires et du délai de carence, suggérant une prise en charge effective dès le premier jour. Sur le plan de la prévoyance, il existe plusieurs compagnies privées. Les médecins possèdent en général une assurance responsabilité civile et professionnelle [291], mais il leur est fortement recommandé de souscrire un contrat de prévoyance et de complémentaire santé en supplément. La CARMF songerait ainsi à rappeler à ses sociétaires l'utilité des assurances complémentaires en cas de maladie ; une couverture insuffisante du médecin risquerait en effet de conduire à une reprise d'activité prématurée de nature à compromettre sa guérison. Une meilleure information sur le sujet serait souhaitable dès le troisième cycle des études médicales. Le CNOM travaillerait également à la création d'une banque de données régulièrement actualisée comparant les contrats proposés par les différentes compagnies d'assurance [157].

La question de la création d'une médecine du travail spécialisée pour les médecins est ensuite régulièrement soulevée [292]. Si les dispositions légales actuelles définies par le décret du 16 août 1985 prévoient l'obligation pour les établissements hospitaliers de disposer d'« 1 médecin du travail pour 1 500 salariés, y compris les médecins » [234], cette catégorie professionnelle hospitalière bénéficie en pratique du plus faible pourcentage de suivi par la médecine du travail [233].

Depuis l'été 2007, la CNP travaille sur le thème du médecin-malade, envisageant la mise en place d'une médecine de prévention confraternelle avec un entretien tous les 5 ans, ainsi que des conditions de prises en charge anonymes et spécifiques au sein d'unités spécialisées [265].

De son côté, l'URML Provence-Alpes-Côte d'Azur a imaginé sur le modèle du Canada ou de la Catalogne l'instauration d'un « corps de médecins soignant », qui serait un organisme de prévention et de sensibilisation indépendant de l'Ordre et des Caisses, constitué de praticiens formés spécifiquement à cette mission. Les médecins qui consulteraient seraient invités à parler de leur vécu professionnel, de leurs sources de satisfaction aux relations avec leurs chefs en passant par l'articulation travail/famille. Les formations des médecins-soignants seraient financées par l'URML, leurs honoraires par la sécurité sociale. Le Fond d'Intervention pour la Qualité des Soins en Ville indemniserait le temps passé par les médecins-patients à ces consultations de médecine du travail [292]. Leur caractère obligatoire pourrait faciliter l'accès aux soins en atténuant la gêne éventuelle de solliciter un confrère à titre personnel, mais serait aussi susceptible d'engendrer la crainte d'une répression et d'une limitation d'exercice en cas de découverte d'une pathologie somatique ou psychique grave [16].

Concernant enfin la prise en charge proprement dite des PH présentant un syndrome d'épuisement professionnel, il s'agirait de faciliter leur accès aux soins au sein de structures appropriées.

Dans le sillage de l'APSS, co-fondée par le CNOM, cinq unités spécialisées sont ainsi amenées à se développer sur le territoire, dont une dans le sud est, une dans le sud ouest, une dans le nord ouest, une dans l'est et une en Ile de France. Les subventions nécessaires sont d'ores et déjà acquises pour trois d'entre elles. Chacune devrait comporter en moyenne dix lits [293], et les suivis seront assurés par des équipes de soignants spécialement dédiées ; la voie d'adressage consistera en un recours direct via un numéro spécial, ou indirect par l'intermédiaire du CDOM.

Une réflexion sur la création d'un réseau ambulatoire permettant la continuité des soins en aval reste toutefois à engager, pour se saisir notamment des questions de réinsertion et de reprise professionnelles dans des conditions acceptables, qu'il s'agisse de reconversion ou de modalités particulières d'exercice. Une banque d'offres d'emplois potentiels, à destination des praticiens souffrant d'une pathologie physique et/ou psychique limitant leur activité, pourrait être gérée par le CNOM [157]. Certains auteurs proposent par ailleurs la reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle [271].

En matière de soins institutionnels aux PH en cas de burn out avéré, le champ des possibles reste ouvert. Du dépistage précoce aux soins curatifs en passant par la réhabilitation professionnelle, des structures d'accueil psychiatriques non sectorisées, personnalisées et spécifiques aux médecins-patients gagneraient à être développées, sur les modèles des pays précurseurs.

7. CONCLUSION

Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel, phénomène ancien comme en témoignent certains écrits du XVIIème siècle, a vu ses lettres de noblesse s'inscrire dans les trois dernières décades du XXème siècle, sous l'égide de Freudenberger et Maslach : si le premier insiste sur le rôle déterminant des facteurs individuels dans la genèse du trouble, la seconde relève l'intervention des facteurs environnementaux.

L'expérience a montré qu'il s'agit en fait d'un processus dynamique résultant de l'interaction de l'ensemble de ces facteurs, susceptible donc d'évoluer dans le temps et en fonction des événements professionnels. Il se caractérise par sa triple dimensionnalité : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction d'accomplissement personnel. La seconde dimension, encore appelée déshumanisation, s'appliquerait particulièrement aux métiers centrés sur une relation d'aide, pour lesquels le concept a initialement été décrit.

Le trouble dispose d'échelles d'évaluation psychométrique, dont la plus connue, le MBI, possède la particularité de s'être construite parallèlement aux travaux de description clinique du syndrome : certains critiquent le fait que la création de l'outil aurait donc été orientée dans le but de mettre en évidence les trois dimensions présumées. La controverse se poursuit également dans l'absence des classifications nosographiques internationales de l'entité, au carrefour de différents champs de compétence tels la psychiatrie, la psychopathologie et la psychodynamique du travail ou encore les théories du stress. Bien distinct des troubles anxieux ou de l'épisode dépressif majeur, susceptibles néanmoins d'en constituer des comorbidités d'apparition secondaire, le burn out pourrait toutefois être rapproché du trouble de l'adaptation, en tant que réaction à un stress professionnel chronique pourvoyeur de signes anxio-dépressifs aspécifiques.

S'il apparaît peu judicieux de l'isoler comme entité nosographique spécifique, son étude n'en demeure pas moins essentielle pour rendre compte d'une réalité de souffrance professionnelle qui pourrait à défaut être difficile, voire impossible à verbaliser ; l'existence même du concept permet son évocation, en allégeant le poids de la culpabilité et autres affects négatifs générés, et autorise à mettre en mots des maux jusqu'alors silencieux.

Cette libération de la parole prend tout son sens en ce qui concerne les médecins, opposant régulièrement une forme de déni de leurs difficultés, vécues comme un échec et un aveu de faiblesse contraires aux préceptes intériorisés au cours de leurs études et renforcés par l'image de toute puissance de la médecine en vigueur dans la société.

Dans une profession dont le choix serait sous-tendu par des mécanismes inconscients, cette culture élitiste commune est également exacerbée par des facteurs individuels, des stratégies de coping aux traits de personnalité dont certains finalement très répandus là encore dans le corps médical : perfectionnisme, sens accru des responsabilités, difficultés à déléguer, seuil d'auto-exigence élevé, ... Alors même que ces éléments constituent des atouts indéniables dans l'exigeant sacerdoce médical, ce dès le début de la formation, ils représentent par ailleurs autant de points de vulnérabilité au cours de la carrière lorsqu'ils rencontrent une organisation de travail particulière.

Dans sa structuration complexe et mouvante au gré des différentes réformes, le milieu hospitalier offre précisément aux PH l'ensemble des conditions favorables à l'éclosion d'un syndrome d'épuisement professionnel : charge de travail excessive associée à une cadence de travail effrénée, perturbant l'équilibre familial ; exigences émotionnelles fortes avec confrontation à la réalité psychique la plus insupportable que représente la mort ; faillite des dynamiques d'équipes occasionnant conflits, clivages, défaut de soutien social et de recon

naissance, tant horizontale que verticale ; contraintes administratives, pression financière et judiciaire grandissantes, ...

Cette montée de l'insécurité et de l'insatisfaction des PH, culminant dans la genèse de leur burn out, traduit également un plus large mouvement de crise identitaire du corps médical, éprouvé par les transformations post-modernes de la relation médecin-patient. Dans un processus de cercle vicieux, cette perturbation de l'alliance fondamentale de la profession est encore aggravée par les conséquences du trouble, tant sur un plan individuel (comorbidités anxio-dépressives, addictions, suicides, ...) qu'institutionnel (détérioration de la prise en charge thérapeutique, départ prématuré, impact budgétaire, ...).

Devant le développement de ce phénomène dommageable, la recherche scientifique médicale s'est progressivement saisie de la question, avec une majorité d'études très récentes en raison des nombreuses résistances soulevées par la question. Ces travaux, appelant tous à être enrichis d'analyses ultérieures, suggèrent que plus d'un tiers environ des médecins hospitaliers serait concerné à divers degrés par un syndrome d'épuisement professionnel, avec un probable sur-risque pour les femmes, jeunes, exerçant l'une des spécialités suivantes : pédiatrie, chirurgie, urgences, psychiatrie, anesthésie. Une corrélation significative aux RPS décrits sur les 6 axes du rapport Gollac apparaît, avec l'intervention prépondérante de la charge de travail, de la qualité des relations avec les collègues et des difficultés de conciliation vie privée/professionnelle.

La réalité du burn out des PH étant entérinée, subsiste la problématique fondamentale de leur prise en charge. A la faveur de la médiatisation et des avancées générales sur la gestion du stress au travail, renforcées par le cadre législatif de 2008, diverses actions se mettent en place : démarches d'information, lignes d'assistance téléphonique, associations de soins aux

soignants, ... Force est de constater néanmoins que la majorité des procédés actifs actuels cible davantage la population médicale libérale, probablement en raison des difficultés de prise en compte dans l'équation thérapeutique de la variable non négligeable de l'institution hospitalière.

Dans l'optique d'intégrer en effet facteurs individuels et organisationnels concourant à l'installation du burn out des PH, toute prise en charge efficace de leur épuisement professionnel est appelée à s'étayer sur une triple approche : personnelle, corporative et institutionnelle. En matière de prévention individuelle, sont à cibler le style de travail, le développement du réseau et de l'engagement socio-familiaux, les stratégies de coping, la gestion du stress avec les capacités de décentrage et de récupération, assortis en fonction de la clinique d'un traitement médicamenteux et d'une psychothérapie plus aboutie ; la réflexion sur la reprise voire la reconversion professionnelle, même en cas d'arrêt de travail prolongé, doit être posée dès le début des soins, notamment pour composer avec la résistance du médecin-malade dont le statut colore la relation thérapeutique classique d'un éclairage particulier.

La corporation médicale est à même d'apporter son soutien et de prolonger cette prise en charge (développement de l'information dès le stade des études médicales, groupes de parole spécifiques, support financier à médiation ordinaire notamment, renforcement des liens entre psychiatrie et médecine du travail), de même que les pouvoirs publics (création d'unités de soins spécialisées, anonymes et décentralisées) et l'hôpital évidemment.

Au sein de cette institution, les démarches générales d'évaluation du stress peuvent dresser un premier constat de la situation des PH, mais doivent appeler au-delà l'engagement d'une réflexion sur les possibilités de renouveau de son fonctionnement, en redonnant une place privilégiée à la communication susceptible de souder les collectifs de travail. La thématique

du burn out pose ainsi en filigrane la question plus large des risques psychosociaux : comment préserver la satisfaction et l'épanouissement au travail des médecins hospitaliers, dans l'intérêt de tous les acteurs du milieu de la santé : institutions, professionnels, et bien évidemment patients ? Comment préserver leur flamme et empêcher l'embrassement d'une partie du système de soins ?

Une question probablement non insoluble, tant demeure un fervent attachement des PH à leur profession comme en témoignent ces propos de confrères, sur lesquels nous refermons notre analyse du burn out des médecins hospitaliers, de ses aspects historiques et cliniques à ses perspectives de prise en charge : « *Il faut surtout faire le métier qu'on aime ; en tout cas, celui-là c'est sûr qu'il faut l'aimer...* », mais en définitive nous exerçons « *quand même un magnifique métier !* ».

8. ANNEXES

1. Maslach Burn out Inventory [4]

Chaque item est évalué selon sa fréquence d'apparition : jamais = 0 / quelques fois par année au moins = 1 / une fois par mois au moins = 2 / quelques fois par mois = 3 / une fois par semaine = 4 / quelques fois par semaine = 5 / chaque jour = 6.

1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail.
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent .
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.
8. Je sens que je craque à cause de mon travail
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens.
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.
12. Je me sens plein(e) d'énergie.
13. Je me sens frustré(e) par mon travail
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades.
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.
20. Je me sens au bout du rouleau.
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

Epuisement émotionnel : items 1+2+3+6+8+13+14+16+20
faible < 17, modéré 18–29, élevé > 30

Dépersonnalisation : items 5+10+11+15+22
faible < 5, modéré 6–11, élevé > 12

Accomplissement personnel : items 4+7+9+12+17+18+19+21
faible < 33, modéré 34–39, élevé > 40

EE élevé + DP élevée + AP faible = BO élevé / 2 dimensions atteintes = BO modéré / 1 seule dimension atteinte = BO faible

2. Burn out ou Tedium Measure [16]

Chaque item est évalué selon sa fréquence d'apparition : jamais = 1 / une ou deux fois = 2 / rarement = 3 / parfois = 4 / souvent = 5 / généralement = 6 / toujours = 7.

1. fatigué
2. déprimé
3. satisfait de votre journée
4. exténué au niveau physique
5. exténué au niveau émotif
6. heureux
7. à plat
8. épuisé moralement
9. malheureux
10. abattu
11. pris au piège
12. inutile
13. ennuyé
14. troublé
15. déçu ou dépité par les autres
16. faible et impuissant
17. désespéré
18. rejeté
19. optimiste
20. énergique
21. anxieux

Items 1+2+4+5+7+8+9+10+11+12+13+14+15+16+17+18+21 = score A.

Items 3+6+19+20 = score B.

32 – score B = score C.

Score A + score C = score D.

Score D / 21 = niveau de burn out.

Entre 2 et 3 : pas de burn out.

Entre 3 et 4 : seuil d'alerte.

Entre 4 et 5 : burn out effectif.

3. Copenhagen Burn out Inventory [294]

1ère partie : « personal burn out » (burn out personnel)

Chaque item est évalué selon sa fréquence d'apparition : toujours = 100 / souvent = 75 / parfois = 50 / rarement = 25 / (presque) jamais = 0.

1. How often do you feel tired? Combien de fois vous sentez-vous fatigué ?
2. How often are you physically exhausted? Combien de fois êtes-vous épuisé physiquement ?
3. How often are you emotionally exhausted? Combien de fois êtes-vous épuisé émotionnellement ?
4. How often do you think : "I can't take it anymore"? Combien de fois pensez-vous "je n'en peux plus" ?
5. How often do you feel worn out? Combien de fois vous sentez-vous éreinté ?
6. How often do you feel weak and susceptible to illness ? Combien de fois vous sentez-vous faible et prédisposé à la maladie ?

2ème partie : « work burn out » (burn out lié au travail)

Les 3 premiers items sont évalués selon leur intensité : à un très haut degré = 100 / à un haut degré = 75 / assez = 50 / à un faible degré = 25 / à un très faible degré = 0.

Les 4 suivants sont évalués selon leur fréquence d'apparition, avec cotation inversée pour le dernier : toujours = 100 / souvent = 75 / parfois = 50 / rarement = 25 / (presque) jamais = 0.

1. Is your work emotionally exhausting? Votre travail est-il émotionnellement épuisant ?
2. Do you feel burnt out because of your work? Vous sentez-vous vidé à cause de votre travail ?
3. Does your work frustrate you? Votre travail vous agace-t-il ?
4. Do you feel worn out at the end of the working day? Vous sentez-vous éreinté à la fin de votre journée de travail ?
5. Are you exhausted in the morning at the thought of another day at work? Etes-vous épuisé le matin à l'idée de devoir passer un autre jour au travail ?
6. Do you feel that every working hour is tiring for you? Sentez-vous que chaque heure de travail est fatigante pour vous ?
7. Do you have enough energy for family and friends during leisure time? Avez-vous suffisamment d'énergie pour la famille et les amis durant votre temps de loisirs ?

3ème partie : « patient burn out » (burn out lié au patient)

Les 4 premiers items sont évalués selon leur intensité : à un très haut degré = 100 / à un haut degré = 75 / assez = 50 / à un faible degré = 25 / à un très faible degré = 0.

Les 2 derniers items sont évalués selon leur fréquence d'apparition, avec cotation inversée pour le dernier item : toujours = 100 / souvent = 75 / parfois = 50 / rarement = 25 / (presque) jamais = 0.

1. Do you find it hard to work with patients ? Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ?
2. Do you find it frustrating to work with patients ? Trouvez-vous agaçant de travailler avec des patients ?
3. Does it drain your energy to work with patients ? Cela vous exténue-t-il de travailler avec des patients ?
4. Do you feel that you give more than you get back when you work with patients ? Sentez-vous que vous donnez plus que vous ne recevez quand vous travaillez avec des patients ?
5. Are you tired of working with patients ? En avez-vous assez de travailler avec des patients ?
6. Do you sometimes wonder how long you will be able to continue working with patients? Vous demandez-vous parfois combien de temps vous serez capable de continuer à travailler avec des patients ?

NB : Il s'agit d'une traduction française personnelle, non officielle.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Glauser M. Burn Out. Comment ne pas se faire happer par l'épuisement professionnel en tant que travailleur social ? [Diplôme de Bachelor en Travail Social]. Jongny : Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale ; 2010.
2. Tissot SA. De la santé des gens de lettre. Paris : La Différence ; 1991.
3. Evain F, Mekoa J, Khiari H, Vincent J. La souffrance des médecins au travail. Le burnout. Rapport d'Immersion en Communauté. Genève : Faculté de Médecine ; 2011.
4. Canoui P, Mauranges A. Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4ème éd. Masson ; 2008.
5. Veil C. Les états d'épuisement. "Primum non nocere". Concours Médical. 1959 ; 23 : 2675-81.
6. Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues. 1974 ; 30 : 159-65.
7. Freudenberger HJ, Richelson G. Burn-out : the high cost of high achievement. Toronto ; New York : Bantam Books ; 1981. p.87-145.
8. Lipiansky EM. Psychologie de l'identité. Paris ; Bagneux : Dunod ; Numilog ; 2005. p.17-32.
9. Leiter MP, Maslach C. Banishing burnout : six strategies for improving your relationship with work. San Francisco : Jossey-Bass ; 2005.
10. Schaufeli W, Marek T. Professional burnout : recent developments in theory and research. Washington, DC : Taylor & Francis ; 1993. p.171-75.
11. Mayenin M. Dehumanisation of Humanity. Lulu Enterprises ; 2007. p.210-14.
12. Halpern J. From detached concern to empathy : humanizing medical practice. Oxford ; New York : Oxford University Press ; 2001. p.45-47.
13. Douence JP. L'objectivation perceptive : méthode et théorie. Bordeaux : J.-P. Douence ; 1998. p.125-32.
14. Abelson H, Zimbardo P. Canvassing for Peace. A manual for volunteers. 1970. p.17-31.
15. Peters S, Mesters P. Vaincre l'épuisement professionnel : toutes les clés pour comprendre le burn out. Paris : Robert Laffont ; 2007. p.198-232.
16. Lamarche K. Suicide chez les médecins : enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique [Thèse de Doctorat en Médecine]. Nantes : Faculté de Médecine ; 2011.

17. Hartman A, Perlman B. Burnout : Summary and Future Research. National Inst of Mental Health ; 1981. p.5-28.
18. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York : Praeger ; 1980.
19. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists ; 1996.
20. Molenda S. Le syndrome de burn-out. SFMU. 2010 ; 7.
21. Brill PL. The need for an operational definition of burnout. Fam Community Health. 1984 Feb ; 6(4) : 12-24.
22. Lefebvre D. Le burn-out ou l'épuisement professionnel des soignants. Primary Care. 2004 ; 4(46).
23. Bédard D, Duquette A. L'épuisement professionnel, un concept à préciser. L'infirmière du Québec. 1998 ; 18-23.
24. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse de Doctorat en Médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2011.
25. Delbrouck M. Burn-out : surmonter l'épuisement professionnel. Revue Soignant - Association Belge des Hôpitaux [en ligne]. 2005, N°4, [consulté le 27/11/11]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.hospitals.be/pdf/n4vol3p17.pdf>>
26. Davezies P. Souffrance au travail : le risque organisationnel. Journées Médicales du CISME ; Fév 2004 ; France.
27. Ulrich K. Burned Out. Scientific American Mind. 2006 Jun-Jul ; 28-33.
28. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out Stages of disillusionment in the helping professions. New York : Human Sciences Press ; 1980.
29. Besse M, Chazarin C, Dumont D, Le Flahec A, Le Flahec C, Soulagnet-Bascou MC. Burn-out : mythe ou réalité ? Recherche en soins infirmiers. 1992 Mar ; 28.
30. Golembiewski RT. An orientation to psychological burn-out : probably something old, definitely something new. Journal of Health and Human Resources Administration. 1984 ; 7 : 153-61.
31. Zanotti C, Thibodeau DS. Tenir l'épuisement professionnel à distance, le burnout. Montréal : Les éditions Quebecor ; 2007.
32. Montero-Marín J, García-Campayo J, Mosquera Mera D, López del Hoyo Y. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. J Occup Med Toxicol. 2009 ; 4 : 31.

33. Siu CFY, Yuen SK, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong : cross-sectional survey. *Hong Kong Med J*. 2012 Jun ; 18(3) : 186–92.
34. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation. *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. *Références en santé au travail*. Sept 2012 ; 131 : 157-59.
35. Estryn-Béhar M, Van der Heijden BIJM, Ogińska H, et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care*. 2007 Oct ; 45(10) : 939-50.
36. Borritz M, Rugulies R, Bjorner JB, Villadsen E, Mikkelsen OA, Kristensen TS. Burnout among employees in human service work : design and baseline findings of the PUMA study. *Scand J Public Health*. 2006 ; 34(1) : 49-58.
37. Corten P, Bügel P, Hoffman A, et al. Cahier Le burn out. Quand s'ouvrent les portes du vide... *Santé conjugulée*. 2005 Avr : 32 ; p.55.
38. Grantham H. Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel. *Ann Med Psychol*. 1985 ; 143(8) : 776-81.
39. Franceschi-Chaix C. Le syndrome de burn-out : étude clinique et implications en psychopathologie du travail [Thèse de Doctorat en Médecine]. Limoges : Faculté de Médecine ; 1992.
40. Rolando-Eugio V. L'épuisement professionnel du soignant : comment limiter les dégâts ? [Mémoire du Diplôme de Cadre de Santé]. Nancy : Institut de Formation des Cadres de Santé ; 2009.
41. Lupien S. (page consultée en 2011). Différencier le burnout de la dépression, [en ligne]. <http://www.stresshumain.ca/stress-et-vous/stress-chez-les-travailleurs/burnout-vs-depression.html>
42. Ganem V, Gernet I, Dejourns C. Le travail : que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail ? *L'information Psychiatrique*. 2008 ; 84(9) : 801-7.
43. Billiard I. Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. *Cliniques méditerranéennes*. 2002 ; 66(2) : 11.
44. Alderson M. La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*. 2004 ; 29(1) : 243-60.
45. Dejourns C. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le Travail humain*. 2005 ; 58(1) : 1-16.
46. Perruchoud J. Épuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan : état des lieux et prévention. [Mémoire de Fin d'Etudes Filière Soins Infirmiers]. Sion : Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale ; 2008.

47. Bruchon-Schweitzer M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Recherche en soins infirmiers. 2001 Déc ; 67 : 3-7.
48. Delattre V. Souffrance et stress au travail. Communication au DU de TCC de Lille 2 ; 2011 ; Lille, France.
49. Giorgio MT. (page consultée en 2013). Mesure du déséquilibre “efforts-récompenses” : questionnaire de Siegrist, [en ligne]. <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stressprofessionnel/mesure-desequilibre-efforts-recompenses-questionnaire-siegrist/>
50. Portail d'informations sur la psychologie du travail. (page consultée en 2012). Modèle du Stress de Karasek, [en ligne]. <http://www.psychologuedutravail.com/tag/modele-de-karasek>
51. Aucouturier V. Les approches cliniques du travail dans la littérature anglo-saxonne. Collège d'expertise sur le suivi statistiques des risques psycho-sociaux au travail ; 2010.
52. Reynaert C, Libert Y, Janne P, Zdanowicz N. Comment allez-vous Docteur ? Le burn-out du médecin. Louvain Med. 2001 ; 120 : 296-310.
53. Pailot P. Penser la perte dans le champ professionnel : Du deuil à la théorie de la préservation des ressources. Communication à la XIXème Conférence de l'AIMS ; 2010 Mai ; Université du Luxembourg.
54. Cherniss C. Beyond burnout : helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment. New York : Routledge ; 1995.
55. Pines A. Treating career burnout : A psychodynamic existential perspective. Journal of Clinical Psychology. 2000 ; 56(5), 633-42.
56. Melamed S, Ugarten U, Shirom A., Kahana L, Lerman Y et Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. Journal of Psychosomatic Research. 1999 ; 46, 591-98.
57. Grossi G, Perski A, Evengard B, Blomkvist V et Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. Journal of Psychosomatic Research. 2003 ; 55, 309-16.
58. Mikalauskas A, Širvinskas E, Marchertienė I, et al. Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and cardiac anesthesiologists. Medicina (Kaunas). 2012 ; 48(9) : 478–84.
59. Ekstedt M, Söderström M, Akerstedt T, Nilsson J, Søndergaard H-P, Aleksander P. Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. Scand J Work Environ Health. 2006 Apr ; 32(2) : 121–31.
60. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behav Med. 1992 ; 18(2) : 53-60.
61. Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S, Vivoli R, Roncaglia R, Borella P. Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. Occup Environ Med. 2000 Jul ; 57(7) : 453–7.

62. Danhof-Pont MB, Van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout : a systematic review. *J Psychosom Res.* 2011 Jun ; 70(6) : 505–24.
63. Galam E, Mouriès R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, analyses et perspectives. Rapport de l'URML IDF. Commission prévention et santé publique. 2007.
64. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins. Oct 2003.
65. Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors : the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008 août ; 25(4) : 245-65.
66. Trichard A, Danel T, Sobaszek A. Professional burnout and psychotropic drug use among hospital doctors. *Alcoolologie et addictologie.* 2005 ; 27(4) : 303-8.
67. Wood WB. Osler's principles and practice of medicine (14th ed.). *Am J Public Health Nations Health.* 1943 Jun ; 33(6) : 748.
68. Torgler J. Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève [Thèse de Doctorat en Médecine]. Genève : Université de Genève ; 2002.
69. Hughes PH, Conrad SE, Baldwin DC Jr, Storr CL, Sheehan DV. Resident physician substance use in the United States. *JAMA.* 1991 ; 265(16) : 2069-73.
70. Domenighetti G, Tomamichel M, Gutzwiller F, Berthoud S, Casabianca A. Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in general population. *Soc Sci Med.* 1991 ; 33(3) : 269-74.
71. A'Brook MF, Hailstone JD, McLaughlan JE. Psychiatric illness in the medical profession. *Br J Psychiatry.* 1967 ; 13 : 1013-23.
72. Murray RM. The mentally ill doctor. Causes and consequences. *Practitioner.* 1983 ; 227(1375) : 65-75.
73. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, et al. Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA.* 1992 ; 267 (17) : 2333-39.
74. McAuliffe WE, Rohman M, Santangelo S, et al. Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students. *N Engl J Med* 1986 ; 315(13) : 805-10.
75. Hughes PH, Storr CL, Brandenburg NA, Baldwin DC, Anthony JC, Sheehan DV. Physician substance use by medical specialty. *J Addict Dis.* 1999 ; 18(2) : 23-37.
76. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M, Aärimala M, Strid L, Kauttu K. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ.* 1988 Oct 15 ; 297(6654) : 951–4.

77. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats de la DREES. 2010 ; 731.
78. Gillard L. La santé des généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Ile de France ; 2006.
79. Ruiz-Darmancier G. Attitude préventive des médecins généralistes envers eux- mêmes : étude descriptive menée auprès de 178 médecins généralistes libéraux du Rhône et de l'Isère en 2006 [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lyon ; 2008.
80. Arènes J, Baudier F, Dressen C, Rotily M, Moatti JP. Baromètre Santé Médecins Généralistes 94/95. Paris : CFES ; 1996.
81. Arènes J, Baudier F, Guilbert P. Baromètre Santé Médecins Généralistes 98/99. Paris : CFES ; 2000.
82. Gautier A. Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003. Saint Denis : INPES ; 2005.
83. Ross M. Suicide among physicians : a psychological study. Dis Nerv Syst. 1973 ; 34 : 145-50.
84. Franck E. Mortality rates and cause among US physicians. Am J Prev Med. 2000 ; 19 : 155-59.
85. Wada K, Arimatsu M, Yoshikawa T, et al. Factors on working conditions and prolonged fatigue among physicians in Japan. Int Arch Occup Environ Health. 2008 ; 82 : 59-66.
86. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health. 2006 ; 32 : 443-62.
87. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour : a questionnaire survey. Med J Aust. 2003 ; 179 : 302-5.
88. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practioners, and senior health service managers. BMJ. 1994 ; 309(6964) : 1261-3.
89. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, et al. Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints among Japanese physicians : a national cross-sectional survey. Int J Behav Med. 2011 Dec ; 18(4) : 384-90.
90. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. Scand J Public Health. 2002, 30 : 125-32.
91. Jones RE. A study of 100 physicians psychiatric in-patients. Am J Psychiatry. 1977 ; 134(10) : 1119-23.
92. Chambers R, Campbell I. Anxiety and depression in general practioners : associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. Fam Pract. 1996 ; 13(2) : 170-3.

93. Combot A. Conséquences du stress chronique chez les médecins généralistes. Communication au Colloque de Brest ; Avr 2004.
94. Gautier I. Burnout des médecins. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris. Mar 2003 ; 86.
95. Welner A, Marten S, Wochnick E. Psychiatric disorders among professional women. Arch Gen Psychiatry. 1979 ; 36 : 169-73.
96. Caiati ME. Depression and suicide among physicians. Newsletter of the Colorado Physician Health Program. 2006 ; 5(1) : 5-6.
97. Givens JL, Tija J. depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. Acad Med. 2002 ; 77 : 918-21.
98. Linhardt M, Frandsen E, Hamtoft H. Causes of death among the medical profession in Denmark. Dan Med Bull. 1963 ; 10 : 59-64.
99. Craig AG, Pitts FN. Suicide by physicians. Diseases of the Nervous System. 1968 ; 29(11) : 763-72.
100. Rose KD, Rosow I. Physicians who kill themselves. Arch Gen Psychiatry. 1973 ; 29 : 800-05.
101. Steppacher RC, Mausner JS. Suicide in male and female physicians. JAMA. 1974 ; 228 : 323-28.
102. Pitts FN Jr, Schuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among US women physicians, 1967-1972. Am J Psychiatry. 1979 ; 136 : 694-96.
103. Bamayr A, Feuerlein W. Suicidhaufigkeit bei Ärzten und ZahnSrztenin Oberbayern. Social Psychiatry. 1986 ; 21 : 39-48.
104. Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Acta Psychiatr Scand. 1987 ; 75 : 139-43.
105. Schlicht SM, Gordon IR, Ball RB, Christie DGS. Suicide and related deaths in Victorian doctors. Med J Aust. 1990 ; 153 : 518-21.
106. Lindeman S, Laara E, Hirvonen J, Lonnqvist J. Suicide mortality among medical doctors in Finland : are females more prone to suicide than their male colleagues. Psychol Med. 1997 ; 27 : 1219-22.
107. 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.

108. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus Statement. JAMA. 2003 ; 289(23) : 3161-66.
109. Schernhammer E. Taking their own lives-the high rate of physician suicide. N Engl J Med. 2005 ; 352(24) : 2473-76.
110. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, et al. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. Psychol Med. 2005 ; 35(6) : 873-80.
111. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, et al. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc Psychiatr Epidemiol. 1990 ; 25(2) : 81-86.
112. Tyssen R, Valgum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians ; a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. J Affect Disord. 2001 ; 64 : 69-79.
113. Dyrbye LN. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Ann Intern Med. 2008 ; 149(5) : 334-41.
114. Gyorffy Z, Adam S, Csoboth C, Kopp M. The prevalence of suicide ideas and their psychosocial backgrounds among physicians. Psychiatr Hung. 2005 ; 20(5) : 370-79.
115. 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 : 351-57.
116. Truchot D. Enquête Bulletin Ressources No 1. URML Bourgogne. Jan 2002.
117. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. 2002.
118. Ballester S, Macovei D, Puel C, Soulat JM. Causes & Conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel & prévalence du Burnout via l'échelle Maslach Burnout Inventory : Approche préliminaire. Communication au colloque « Médecins en 2011 : Mieux être pour mieux soigner » ; Déc 2010 ; Toulouse.
119. Elouali S. Etude du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux du Cher [Thèse de Doctorat en Médecine]. Tours : Université de Tours ; 2006.
120. Galam E, Mouriès R, 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. Communiqué de Presse de l'AAPML. Mai 2005.
121. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents : prospective cohort study. BMJ. 2008 ; 336(7642) : 488-91.
122. Pittaco M. Les internes sont-ils en burnout ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris ; 2009.

123. Galam E. Burn out des médecins libéraux 3ème partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. *Médecine*. Jan 2008 ; 4(1) : 43-6.
124. Kahn-Bensaude I. Démographie médicale Les spécialités en crise. Rapport de l'Ordre des médecins. Étude No 38-2. Décembre 2005.
125. Vidal M, Gleizes M, Ravazet A. Évaluation du stress perçu chez le généraliste et recherche de ses causes en Haute- Garonne et à Paris [Thèse de Doctorat en Médecine]. Toulouse ; 2001.
126. Van Ingen F. Les médecins malades du stress. *Impact-Médecine*. 16 Dec 2002 ; 20.
127. Truchot D. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes. 2003.
128. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2004.
129. Estryn-Béhar M, Aune I, Doppia MA. Résultats d'étape de l'enquête SESMAT. Document de Presse du 16 janvier 2008.
130. Tokuda Y, Hayano K, Ozaki M, Bito S, Yanai H, Koizumi S. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan : a path analysis. *Ind Health*. 2009 Apr ; 47(2) : 166–72.
131. Pasquier de Franclieu-Descamps A. La souffrance des soignants en psychiatrie : Validation de la version française du Maslach Burnout Inventory, et étude prospective sur l'épuisement professionnel ou burnout dans le département de la Somme [Mémoire de DES de psychiatrie]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne ; 2008.
132. Jung C. *Fundamental questions of psychotherapy*. Princeton : Princeton University Press ; 1951.
133. Platon. *La république*. In : *Oeuvres complètes*. Paris, Fr : Soissange et Frères ; 1827.
134. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. *Psychologie médicale*. Paris : Masson ; 1996.
135. Delbrouck M. Le burnout du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck ; 2008.
136. Canoui P. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou Burn out syndrome. *Le Carnet/Psy*. 1998 ; 37 : 27-33.
137. Martel P. Analyse des facteurs favorisant le burn out des internes à travers l'écriture d'un roman/ témoignage visant à vulgariser et prévenir le phénomène [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux 2 ; 2011.

138. Johnson C. Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi. *Le médecin du Québec*. 2009 ; 44(9).
139. Lefebvre L, Eeckeleers P. Et la santé des généralistes ? *La revue de la médecine générale*. 2008 ; 251 : 122-23.
140. Winnicott D. *Jeu et réalité*. Paris : Folio ; 2006.
141. Berne E. *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?* Paris : Tchou ; 2006.
142. Galam E. Burn out des médecins libéraux 1ère partie : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*. Nov 2007.
143. Homsieh E. Souffrez-vous d'une addiction au travail ? *Journal Association FSI-USJ*. 2007 ; 40-2.
144. Hafferty FW. Beyond curriculum reform : confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998 apr ; 73(4) : 403-7.
145. Brotheridge C, Grandey A. Emotional labor and burnout : comparing two perspectives on "people work". *Journal of Vocational Behavior*. 2002 ; 60 : 17-39.
146. Gross J, Levenson R. Hiding feelings : the acute effects of inhibiting negative and positive emotions. *J Abnorm Psychol*. 1997 ; 106 : 95-103.
147. Persaud R. The drama of being a doctor. *Postgraduate Medical Journal*. 2005 May ; 81(955) : 276-7.
148. Schmidt KH, Neubach B, Heuer H. Self-control demands, cognitive control deficits, and burnout. *Work & Stress*. 2007 ; 21(2) : 142-154.
149. Daneault S. La notion du soignant blessé. Peut-elle être utile aux médecins de famille ? *Canadian family physician*. 2008 ; 54(9) : 1223-25.
150. Tricot P. Partenaire silencieux et approche tissulaire. Fév 2007.
151. Chalverat C. La dynamique de l'archétype "guérisseur-blessé" à l'oeuvre dans la pratique et la formation des praticiens de l'aide. *Education permanente. Revue de la FSEA*. Mar 2000.
152. Gunggenbühl-Craig A. *Pouvoir et relation d'aide*. Pierre Margada ; 1995.
153. Stiefel F, Guex P. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Rev Med Suisse*. 2008 ; 4 : 424-7.
154. Mangen MH. *Étude du burnout chez les médecins généralistes luxembourgeois [Thèse de Doctorat en Médecine]*. Paris : Université de Paris VI ; 2007.

155. Chocard AS, Gohier B, Juan F, Goeb JL, Lhuillier JP, Garre JB . Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. 2003 ; 65 : 23-29.
156. Galam E. Burn out des médecins libéraux 2ème partie : une identité professionnelle remise en question. Médecine. Mar 2008.
157. Leriche B. 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.
158. Gollac M. Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Oct 2009. Commandité par la DARES et la DREES.
159. Escribà-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Job stress perceived by hospital medical staff. Gac Sanit. 2002 Dec ; 16(6) : 487-96.
160. Levasseur G, Bataillon R, Samzun JL. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Synthèse des résultats « conditions de travail ». URML Bretagne. Oct 2003.
161. Cros-Terraux N. Pénibilité vécue, pénibilité reconnue. Edito SNPHAR [en ligne]. N°44, [consulté en 2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar44/2-edito-44.pdf>
162. Levasseur G. Les médecins bretons et leur santé. URML Bretagne. Juil 2003.
163. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Med. 2004 ; 33 : 1569-74.
164. Galam E. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux. URML Ile de France. Juin 2007.
165. Maupas JL, Martinez JL. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. CDOM et URML Haute Normandie. Déc 2008.
166. Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. La lettre du psychiatre. Jan 2007 ; 3(1).
167. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. West J Med. 2001 Jan ; 174(1) : 13-8.
168. Sakinofsky I. Suicide in doctors and wives of doctors. Can Fam Physician. 1980 ; 26 : 837-44.
169. Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. Soc Sci Med. 2001 ; 52 : 259-265.
170. Sotile WM, Sotile MO. The Medical Marriage : Sustaining Healthy Relationships for Physicians and Their Families. Revised ed. Chicago : American Medical Association ; 2000.

171. Weiner EL, Swain GR, Gottlieb M. Predictors of psychological well-being among physicians. *Families Systems Health* 1998 ; 16 : 419-429.
172. Stack S. Suicide risk among physician : a multivariate analysis. *Archives of suicide research*. 2004 ; 8(3) : 287-92.
173. Ruzniewski M. Le soutien des soignants en oncologie. *Rev Prat*. 1988 ; 14 : 2-7.
174. Clavreul L. Des médecins de plus en plus agressés, surtout verbalement. *Le Monde*. 29 Mar 2011.
175. Gaudeau M, Legmann M, Guerrieri F, et al. Vulnérabilité, souffrance du soignant. Colloque du Groupe Pasteur Mutualité ; 4 Déc 2008 ; Paris, Maison de la Chimie.
176. Conseil National des médecins. (page consultée en 2012). Observatoire pour la sécurité des médecins, [en ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
177. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979 ; 24 : 285-308.
178. Giorgio MT. (page consultée en 2012). « La souffrance du médecin » : thème de la journée organisée par l'Ordre des médecins à Lyon, [en ligne]. <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/souffrance-travail/souffrance-medecin-ordre/>
179. Tuinman PR, Oberink HHR, Wieringa-de Waard M, Hoekstra JBL. Difficult consultations rather than difficult patients. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2011 ; 155.
180. Galam E, Leopold Y. Dossier Burnout. *Le concours médical*. 2008 ; 130.
181. Cedfeldt AS, Bower EA, English C, Grady-Weliky TA, Girard DE, Choi D. Personal time off and residents' career satisfaction, attitudes and emotions. *Med Educ*. 2010 ; 44(10) : 977-84.
182. Maslach C, Leiter MP. Traduit par Gourdon V et préfacé par Dr Légeron P. *Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris : Les Arènes ; 2011.
183. Levasseur L. Le Burn Out. Comment en sortir ? Comment ne pas y entrer ? *Corsica Medicina* [en ligne]. 30 Oct 2010, [consulté en 2011]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.corsicamed.com/pdf/exposeExpert/corsicamedicina2010/Mme-Levasseur-Burn-out.pdf>>
184. Safon MO. (page consultée en 2013). Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires Pôle Documentation de l'Irdes, [en ligne]. <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf>
185. Pénochet JC, Smolski N. (page consultée en 2013). Communiqué commun Avenir-Hospitalier et CPH du 03 décembre 2012, [en ligne]. http://www.cphweb.info/IMG/pdf/Communique_commun_CPH_-_Avenir_Hospitalier_3_decembre_2012.pdf

186. Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lütznén K. Dissonant imperatives in nursing : a conceptualization of stress in intensive care in Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2001 ; 17 : 228-36.
187. Gautam M. La santé des médecins, ça compte. Trouver l'équilibre. Rapport de la conférence internationale 2008 sur la santé des médecins. Association médicale canadienne ; Nov 2008.
188. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. Heart of darkness : the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med*. 1992 ; 7 : 424-31.
189. Bressler B. Suicide and drug abuse in the medical community. *Suicide Life Threat Behav*. 1976 ; 6(3) : 169-78.
190. Prévost C, Roman S. Satisfaction professionnelle et conditions de pratique. *Le médecin du Québec*. 2009 ; 44(9) : 55-61.
191. Peisah C, Latif E, Wilhelm K, Williams B. Secrets to psychological success : why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging Ment Health*. 2009 Mar ; 13(2) : 300-7.
192. Bibeau G. Le burn-out : 10 ans après. *Santé Mentale au Québec*. 1985 ; 10(2) : 30-43.
193. Canoui P. Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burn out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris : Université Paris V Necker ; 1997.
194. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002 ; 136(5) : 358-67.
195. Michels PJ, Probst JC, Godenick MT, Palesch Y. Anxiety and anger among family practice residents : a South Carolina family practice research consortium study. *Acad Med*. 2003 Jan ; 78(1) : 69-79.
196. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust*. 2004 Oct ; 181(7) : 357-60.
197. Guinaud M, Compagnon L. Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés [Thèse de Doctorat en Médecine]. Créteil : Université de Paris-Val-de-Marne ; 2006. .
198. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM, et al. A Multicenter Study of Burnout, Depression, and Quality of Life in Minority and Nonminority US Medical Students. *Mayo Clinic Proceedings*. 2006 Nov ; 81(11) : 1435-42.
199. Feraudet L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux : Mérule psychologique. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2009.

200. Rivoire B. Fréquence et étiologies du syndrome de Burnout chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. *Médecine palliative*. 2003 Dec ; 2(6) : 302-6.
201. Patisson E. Le syndrome d'épuisement des professionnels de santé chez les étudiants en troisième cycle de médecine générale en Aquitaine [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux II ; 2007.
202. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents : A comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journal of Cancer*. 2010 ; 46 : 2708-15.
203. Ernst M. Le syndrome de Burnout des internes en médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2009.
204. Ambroise-Thomas P, Loisançe D. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour la formation clinique initiale des étudiants en médecine. *Bull Acad Natle Méd*. 2005 ; 189(7).
205. Robert J, Garceran N. Evaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. *Exercer*. 2010 ; 90 : 10-4.
206. Donohoe E, Nawawi A, Wilker L, Schindler T, Jette DU. Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Phys Ther*. 1993 ; 73(11) : 756-61.
207. Keane A, Ducette J, Adler DC. Stress in ICU and non-ICU nurses. *Nurs Res*. 1985 Jul-Aug ; 34(4) : 231-6.
208. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology : results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol*. 1991 Oct ; 9(10) : 1916-20.
209. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes en médecine générale [Thèse de Doctorat en Médecine]. Nantes : Université de Nantes ; 2009.
210. Jelle TP. The relationship between reciprocity and burnout in Dutch medical residents. *Medical education*. 2008 ; 42 : 721-28.
211. Castelo-Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo M. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynecology residents. *BJOG*. 2007 ; 114 : 94-8.
212. Guntupalli KK, Fromm RE Jr. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med*. 1996 Jul ; 22(7) : 625-30.
213. Goldberg R, Boss RW, Chan L, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians : four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*. 1996 Dec ; 3(12) : 1156-64.

214. Kuhn G, Goldberg R, Compton S. Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 2009 Jul ; 54(1) : 106–113.
215. Roth M, Morrone K, Moody K, et al. Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer.* 2011 Dec 15 ; 57(7) : 1168–73.
216. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg.* 2011 Nov ; 213(5) : 657–67.
217. Klimo P Jr, Decuypere M, Ragel BT, McCartney S, Couldwell WT, Boop FA. Career Satisfaction and Burnout Among U.S. Neurosurgeons : A Feasibility and Pilot Study. *World Neurosurg.* 2012 Sep 25.
218. Asai M, Morita T, Akechi T, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients : a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology.* 2007 May ; 16(5) : 421–8.
219. Lima FD. Incidência da Síndrome de Burnout em organização hospitalar pública em Florianópolis. *Rev Bras Educ Med.* 2007 ; 31 : 137-46.
220. Surgenor LJ, Spearing RL, Horn J, Beautrais AL, Mulder RT, Chen P. Burnout in hospital-based medical consultants in the New Zealand public health system. *N Z Med J.* 2009 Aug 7 ; 122(1300) : 11–8.
221. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros D, et al. Professional Burnout Syndrome of intensive care physicians from Salvador, Bahia, Brazil. *Rev Assoc Med Bras.* 2009 Dec ; 55(6) : 656–62.
222. Al-Dubai SAR, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health.* 2010 ; 52(1) : 58–65.
223. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care.* 2010 Dec ; 22(6) : 525–30.
224. Stafford L, Judd F. Mental health and occupational wellbeing of Australian gynaecologic oncologists. *Gynecol Oncol.* 2010 Mar ; 116(3) : 526–32.
225. Selmanovic S, Ramic E, Pranjic N, Brekalo-Lazarevic S, Pasic Z, Alic A. Stress at work and burnout syndrome in hospital doctors. *Med Arh.* 2011 ; 65(4) : 221-4.
226. Renzi C, Di Pietro C, Tabolli S. Psychiatric morbidity and emotional exhaustion among hospital physicians and nurses : association with perceived job-related factors. *Arch Environ Occup Health.* 2012 ; 67(2) : 117–23.
227. Chivato Pérez T, Campos Andreu A, Negro Alvarez JM, Caballero Martínez F. Professional burnout and work satisfaction in Spanish allergists : analysis of working conditions in the specialty. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2011 ; 21(1) : 13–21.

228. Galvan ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, et al. Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2012 Dec ; 110(6) : 466–73.
229. Ruitenburg MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability : a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2012 ; 12(1) : 292.
230. Upton D, Mason V, Doran B, Solowiej K, Shiralkar U, Shiralkar S. The experience of burnout across different surgical specialties in the United Kingdom : a cross-sectional survey. *Surgery*. 2012 Apr ; 151(4) : 493–501.
231. Lima RA, de Souza AI, Galindo RH, Feliciano KV. Vulnerability to burnout among physicians at a public hospital in Recife. *Cien Saude Colet*. 2013 Apr ; 18(4) : 1051-8.
232. Estry-Béhar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. *Revue française des affaires sociales*. 2010 ; 4(4) : 27-52.
233. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al. High level of burnout in intensivists : prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007 Apr 1 ; 175(7) : 686-92.
234. Estry-Béhar 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 ; 87 : 95-117.
235. Doppia MA, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Burnout in French doctors : a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study). *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011 Nov ; 30(11) : 782-94.
236. Estry-Béhar M, Doppia MA, Guetarni K, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians. Results from the French SESMAT study. *Emerg Med J*. 2011 May ; 28(5) : 397–410.
237. Copil SESMAT. (page consultée en 2011). Santé et Satisfaction des Médecins au Travail 28 mars 2007-31 mars 2008. Présentation de l'enquête nationale dans les institutions, [en ligne]. http://www.presst-next.fr/pdf/sesmat/sesmat_presentation.ppt
238. Pistelli Y, Perochena J, Moscoloni N, Tarrés MC. Burnout syndrome among pediatricians. Bivariate and multivariate analysis. *Arch Argent Pediatr*. 2011 Apr ; 109(2) : 129–34.
239. Bagaajav A, Myagmarjav S, Nanjid K, Otgon S, Chae YM. Burnout and job stress among mongolian doctors and nurses. *Ind Health*. 2011 ; 49(5) : 582-8.
240. Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O. Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub*. 2011 Dec ; 23(4) : 389-95.

241. Richard C. Syndrome d'épuisement professionnel et idéation suicidaire parmi les Médecins Urgentistes bretons. A propos d'une cohorte de 157 Praticiens [Mémoire de DIU d'Etude et prise en charge des conduites suicidaires]. Rennes ; 2012.
242. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002 ; 359 : 2089-90.
243. Miller JB. *Toward a new psychology of women*. Boston : Beacon Press ; 1987.
244. Dhordain A. (page consultée en 2013). Le burn-out hospitalier touche plus les femmes, [en ligne]. http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar44/8-interview-44.pdf
245. Popa F, Arafat R, Purcărea VL, Lală A, Popa-Velea O, Bobirnac G. Occupational Burnout levels in Emergency Medicine—a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*. 2010 November 15 ; 3(4) : 449-53.
246. Böhle A, Baumgärtel M, Götz ML, Müller EH, Jocham D. Burn-out of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany : a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol*. 2001 Apr ; 165(4) : 1158-61.
247. Lim RC, Pinto C. Work stress, satisfaction and burnout in New Zealand radiologists : comparison of public hospital and private practice in New Zealand. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2009 Apr ; 53(2) : 194-9.
248. Taylor K, Lambert T, Goldacre M. Career destinations, views and future plans of the UK medical qualifiers of 1988. *J R Soc Med*. 2010 Jan ; 103(1) : 21-30.
249. Glasheen J, Misky G, Reid M, Harrison R, Sharpe B, Auerbach A. Career Satisfaction and Burnout in Academic Hospital Medicine. *Arch Intern Med*. 2011 ; 171(8) : 782-90.
250. Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman MD, Fukuhara S. Hope modified the association between distress and incidence of self-perceived medical errors among practicing physicians : prospective cohort study. *Plos One*. 2012 ; 7(4).
251. Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Alvarez A, Vigil Escribano MD, De Lucas García N, Panadero Carlavilla E. Burnout among Spanish pediatricians specialized in intensive care. *An Esp Pediatr*. 2000 May ; 52(5) : 418-23.
252. Henry Ford Health System. Survey : ED physicians report burnout, desire help for dealing with frequent users. *ED Manag*. 2011 Sep ; 23(9) : 104-5.
253. Kumar S, Bhagat RN, Lau T, Ng B. Psychiatrists in New Zealand : are they burning out, satisfied at work and, in any case, who cares? *Australas Psychiatry*. 2006 Mar ; 14(1) : 20-3.
254. Rössler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Nov ; 262 Suppl 2 : 65-9.

255. Guyot S, Langevin V, Montagnez A. (page consultée en 2013). Risques psychosociaux et document unique. Vos questions, nos réponses, [en ligne]. <http://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-6139/ed6139.pdf>
256. Housson Y. (page consultée en 2012). L'hôpital-entreprise rend les médecins malades, [en ligne]. <http://www.souffrancedusoignant.fr/revue-de-presse/81-lhopital-entreprise-rend-les-medecins-malades.html>
257. Boulet AM. (page consultée en 2012). Suicide d'un médecin urgentiste à Rouen : les organisations réagissent, [en ligne]. http://www.viva.presse.fr/Suicide-d-un-medecin-urgentiste- a_15584.html
258. Delbrouck M. Qu'est-ce que l'entraide ordinaire ? Revue Médecins [en ligne]. 2011, N°17, [consulté en 2013]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.hospitals.be/pdf/n4vol3p17.pdf>>
259. AAPML. (page consultée en 2011). Le réseau d'aide aux médecins libéraux, [en ligne]. <http://www.aapml.fr/>
260. APSS. (page consultée en 2012). Statuts, [en ligne]. <http://apss-sante.fr/statuts.htm>
261. Ordre des Médecins de l'Hérault. (page consultée en 2013). ASSOCIATION MOTS (Médecin-Organisation-Travail-Santé). Un nouveau dispositif inter-régional d'entraide confraternelle pour les médecins, [en ligne]. <http://www.conseil-departemental-34.medecin.fr/Docs/Actualites/ASSOCIATION%20MOTS%201.pdf>
262. Bonneaudeau S. Le médecin/malade : Un patient comme les autres ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris VII : Université de Paris Diderot ; 2011.
263. Robert E. Le syndrome d'épuisement professionnel : enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan [Thèse de Doctorat en Médecine]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2002.
264. Thibault M. Le médecin malade. Traité d'anthropologie médicale. Presses universitaires de Lyon ; 1985.
265. Dormoy M, Tranthimy L. Burn-out. Une médecine préventive pour les médecins surmenés ? Impact Médecine. 2008 ; 229.
266. Stoumedire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor : special considerations for the physician-patient. Ann Intern Med. 1983 ; 98(5) : 654-59.
267. Marzuk M. When the patient is a physician. N Engl J Med. 1987 ; 317(22) : 1409-11.
268. Zhu W, Wang ZM, Wang MZ, Lan YJ, Wu SY. Occupational stress and job burnout in doctors. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2006 Mar ; 37(2) : 281-3, 308.
269. Diel P. Psychologie de la motivation. Payot ; 2002.
270. Servant D. Ne plus craquer au travail. Odile Jacob ; 2010.

271. Dussart G, Douniol J. Le burn out ou les cendres d'un feu sacré. Communication de FMC ; 2009 ; EPU Baie de Somme.
272. Fabregas B. Prévenir l'épuisement professionnel. Fiche Soins [en ligne]. 2005, N°701, [consulté en 2013]. Disponibilité sur Internet : <http://chdespicht.free.fr/Files/104_soins_pros_sante_d.pdf>
273. Baumann F. Burnout, quand le travail rend malade. Lyon : Editions Josette ; 2006.
274. Bernier D. La crise du burnout. S'en remettre, c'est refaire sa vie. Montréal, Québec : Stanké ; 1993.
275. Magnan A. Le collègue difficile c'est lui ou c'est moi le problème ? Le médecin du Québec. 2009 ; 44(9) : 49-54.
276. Sotile WM, Sotile MO. The Resilient Physician. Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations. Chicago : American Medical Association ; 2002.
277. Chabrol A. Les médecins : des patients pas comme les autres. Le magazine de l'Ordre National des Médecins. Sept-Oct 2008 ; 1.
278. Rosvold EO, Tyssen R. Should physicians' self-prescribing be restricted by law? Lancet. 2005 ; 365(9468) : 1372-4.
279. Vaillant GE. Physician, cherish thyself : The hazards of self-prescribing. JAMA. May 1992 ; 267(17) : 2373.
280. Lhote M. Soigner un médecin malade : quelles spécificités ? Etude qualitative auprès de médecins franciliens [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris VII : Université de Paris Diderot ; 2011.
281. Beraud C. Le mal être médical. L'Actualité Médicale. 15 Oct 2008.
282. Tholin S. Les étudiants en médecine : entre accomplissement et épuisement [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lyon : Université de Lyon 1 ; 2008.
283. Legmann M. « Le compagnonnage doit devenir une obligation déontologique ». Point de vue de l'Ordre. Dossier « Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral ». Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Mar-Avr 2011 ; 16.
284. Arnould M. Les groupes de pairs. Comment évaluer sa pratique professionnelle ? JNMG 2004. La Revue du praticien. Médecine générale. Oct 2004 ; 18(664).
285. Légeron P. Le stress professionnel. L'Information Psychiatrique. Nov 2008 ; 84(9) : 809-20.
286. Savatofski J. Burn-out et Toucher-Massage. Bulletin trimestriel de la FNAAS. Sept 2003.

287. Voltmer E, Spahn C. Social Support and physicians' health. *Psychosom Med Psychother.* 2009 ; 55(1) : 51-69.
288. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits : Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry.* 2000 ; 11 : 227-68.
289. Fridner A, Belkic K, Marini M, Minucci D, Pavan L, Schenck-Gustafsson K. Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study) : cross-sectional associations with work stressors. *Gend Med.* 2009 Apr ; 6(1) : 314-28.
290. Commission jeunes médecins. Evolution du mode d'exercice. Du "burn-out" à la capitalisation de l'expérience médicale. Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des médecins de septembre 2009.
291. Portalier Gay D. Les médecins : des patients comme les autres ? Ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône-Alpes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2008.
292. Leopold Y. Burnout. Suicide. Médecin malade. URML PACA, CARMF. 2009.
293. Colson JM. L'épuisement professionnel est très difficile à diagnostiquer. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Juil-Aout 2011 ; 18.
294. Borritz M, Kristensen TS. (page consultée en 2013). Copenhagen Burnout Inventory Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA* study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout (PUMA : Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction), [en ligne]. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagenburnoutinventory-normativedatafromarepresentativedanishpopulation.pdf>

AUTEUR : Nom : Lekadir

Prénom : Perrine

Date de Soutenance : 17/09/13

Titre de la Thèse : *Le burn out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives.*

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : *DES PSYCHIATRIE*

Mots-clés : burn out, épuisement professionnel, médecins hospitaliers, risques psychosociaux, stress au travail

Résumé : Le burn out, encore nommé syndrome d'épuisement professionnel, a été identifié en 1970 par le psychiatre Freudenberg, témoin de ces sujets "victimes d'[un] incendie" provoqué par un stress professionnel chronique, caractérisé par trois dimensions: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation à autrui et la réduction de l'accomplissement personnel. L'aspect de déshumanisation au cœur du trouble prend tout son sens dans les métiers impliquant une relation d'aide, au premier rang desquels figurent naturellement les professions de santé.

En tant qu'acteurs notables de la scène soignante, les médecins ne font pas figure d'exception au phénomène, pourtant relativement méconnu et longtemps passé sous silence: cet ouvrage propose ainsi une immersion au sein de la profession médicale dans l'institution de soins par excellence, à savoir l'hôpital. Cette traversée, fondée principalement sur une analyse de la littérature ponctuée de propos de confrères eux-mêmes, aborde dans un premier temps les aspects historiques du concept, en s'interrogeant notamment sur sa place dans la nosographie, avant d'en décrire les facettes cliniques et les spécificités appliquées au métier de praticien hospitalier. Il apparaît en effet que les traits personnels des médecins, renforcés par leur formation, sont susceptibles d'interagir avec les facteurs de risques psychosociaux présents dans le milieu hospitalier pour concourir à la genèse de leur burn out. La prise de conscience de la réalité et de l'impact conséquent de ce trouble est une première étape sur la voie de sa prévention et de sa prise en charge, dont les clés se situent sur un triple plan: individuel, corporatif et institutionnel.

Dans notre société moderne placée sous le signe de l'accélération des rythmes, ce travail suggère de marquer un temps de pause pour offrir un regard attentif aux garants habituels de la santé d'autrui et engager une réflexion sur les possibilités d'entretenir le bien-être professionnel des praticiens hospitaliers.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre Thomas

**Assesseurs : Pr Guillaume Vaiva
Pr Olivier Cottencin
Dr Dominique Servant**

