



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Burnout chez les infirmiers exerçant en psychiatrie : état des lieux,
facteurs de risque et apports du concept de flexibilité psychologique**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 19 avril 2016 à 18h
au Pôle Formation

Par Mathieu CAUDRON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AAQ-II : Acceptance and Action Questionnaire II / Questionnaire d'Acceptation et d'Engagement II

ACT : Acceptance and Commitment Therapy/ Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

BO : Burnout

CH : Centre Hospitalier

CIM : Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes

CMP : Centre Médico Psychologique

dp : Dépersonnalisation

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

EE : Evitement expérientiel

ee : Epuisement émotionnel

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

FP : Flexibilité Psychologique

HDJ : Hôpital de Jour

IC : Intervalle de Confiance

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MBI: Maslach Burnout Inventory

MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey

MEAQ : Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire/ Questionnaire Multidimensionnel d'Evitement Expérientiel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

pap : Perte d'accomplissement personnel

PRESST-NEXT : Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail

– Nurses Early Exit Study

SEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel

SESMAT : Santé et Satisfaction des Médecins au Travail

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

UHSA : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Contexte théorique.....	4
I. Le burnout.....	4
A. Sémantique	4
B. Historique.....	5
1. Apports antérieurs à 1970	5
2. Herbert Freudenberger	6
3. Christina Maslach	6
4. Autres auteurs	7
C. Concept Actuel	8
1. La triple dimensionnalité de Maslach	9
2. Evolution naturelle	9
D. Epidémiologie.....	10
E. Place dans la nosographie psychiatrique	10
1. Clinique du burnout	11
a. Signes physiques	11
b. Signes affectifs et comportementaux.....	11
c. Signes cognitifs	12
2. Diagnostics différentiels.....	12
a. Les syndromes dépressifs.....	12
b. Les troubles anxieux.....	12
c. Les troubles somatoformes et la neurasthénie	13
d. Les troubles de l'adaptation.....	13
3. Comorbidités et évolutions	14
a. Les addictions	15
b. Les conduites suicidaires	15
F. Le burnout chez les soignants	16
1. Chez les médecins	16
2. Chez les infirmiers	17
a. Chez les infirmiers exerçant en Psychiatrie.....	17
G. Conséquences	18
1. Economiques.....	18
2. Démographiques	18
3. Institutionnelles	19
H. Prévention et traitements	20
1. Axe organisationnel et professionnel	20
2. Axe individuel	20
II. La flexibilité psychologique.....	21
A. Approches historique et théorique	21
1. Les Thérapies Cognitives et Comportementales	21
2. Le Contextualisme fonctionnel	24
3. La Théorie des Cadres Relationnels.....	25
4. La Thérapie d'Acceptation et d'Engagement ou ACT	26

B. Concept actuel de la flexibilité psychologique	28
1. Flexibilité psychologique et bonne santé mentale	29
2. Inflexibilité psychologique, évitement expérientiel et troubles mentaux	30
3. Flexibilité psychologique dans le monde du travail	31
4. Flexibilité psychologique dans le burnout	31
L'étude	34
I. Objectifs de l'étude	34
A. Objectif primaire : prévalence et caractéristiques du burnout dans une population d'infirmiers psychiatriques	34
B. Objectifs secondaires	34
1. Facteurs de risque de burnout d'ordre professionnel	34
2. Rôles de la flexibilité psychologique et de l'évitement expérientiel dans le burnout	34
III. Matériel et méthode	35
A. Présentation de l'étude	35
B. Population de l'étude	35
C. Méthode de recueil des données	35
1. L'envoi et le recueil	35
2. Le questionnaire	36
D. Analyse statistique	40
III. Résultats	42
A. Participation	42
B. Statistiques descriptives	42
1. Caractéristiques de la population	42
a. Données sociodémographiques	42
b. Données liées à l'exercice professionnel	44
2. Répartition du burnout	46
3. Répartition de la flexibilité psychologique et de l'évitement expérientiel	49
6 Analyses bivariées	50
7 Analyses multivariées	54
IV. Analyse et interprétation des résultats	55
A. Statistiques descriptives	55
1. Participation	55
2. Age, sexe et expérience professionnelle	55
3. Répartition selon le service et le poste	55
4. Répartition du burnout	56
5. Répartition de la flexibilité psychologique et de l'évitement expérientiel	56
B. Analyses bivariées et multivariées	57
V. Discussion	58
A. Points forts et limites de l'étude	58
1. Points forts	58
2. Biais et limites	59
a. Limites liées au matériel utilisé	59
b. Limites liées au recrutement	60
B. Hypothèses et ouverture	61
Conclusion	65
Références bibliographiques	67
Annexes	79

Annexe 1 : Critères diagnostiques DSM-5 du trouble dépressif caractérisé	79
Annexe 2 : Critères diagnostiques DSM-5 de l'anxiété généralisée	82
Annexe 3 : Critères diagnostiques DSM-5 du trouble panique	83
Annexe 4 : Critères diagnostiques DSM-5 de l'agoraphobie	85
Annexe 5 : Critères diagnostiques des phobies	86
Annexe 5.1 : Critères diagnostiques DSM-5 de la phobie spécifique	86
Annexe 5.2 : Critères diagnostiques DSM-5 de l'anxiété sociale	87
Annexe 6 : Critères diagnostiques DSM-5 du trouble obsessionnel - compulsif	88
Annexe 7 : Critères diagnostiques CIM-10 de la neurasthénie	90
Annexe 8: Le Maslach Burnout Inventory	91
Annexe 9 : Le Questionnaire d'Acceptation et d'Action II	93
Annexe 10 : Le Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire	95

RESUME

Contexte: Les Infirmiers (IDE) exerçant en psychiatrie sont soumis à de nombreux facteurs de stress comme la surcharge de travail, la confrontation à la souffrance psychique et à la violence. L'objectif de cette étude est d'évaluer le burnout (BO) au sein de cette population, d'en identifier les facteurs de risque (FDR) puis d'évaluer les apports éventuels du concept de flexibilité psychologique (FP).

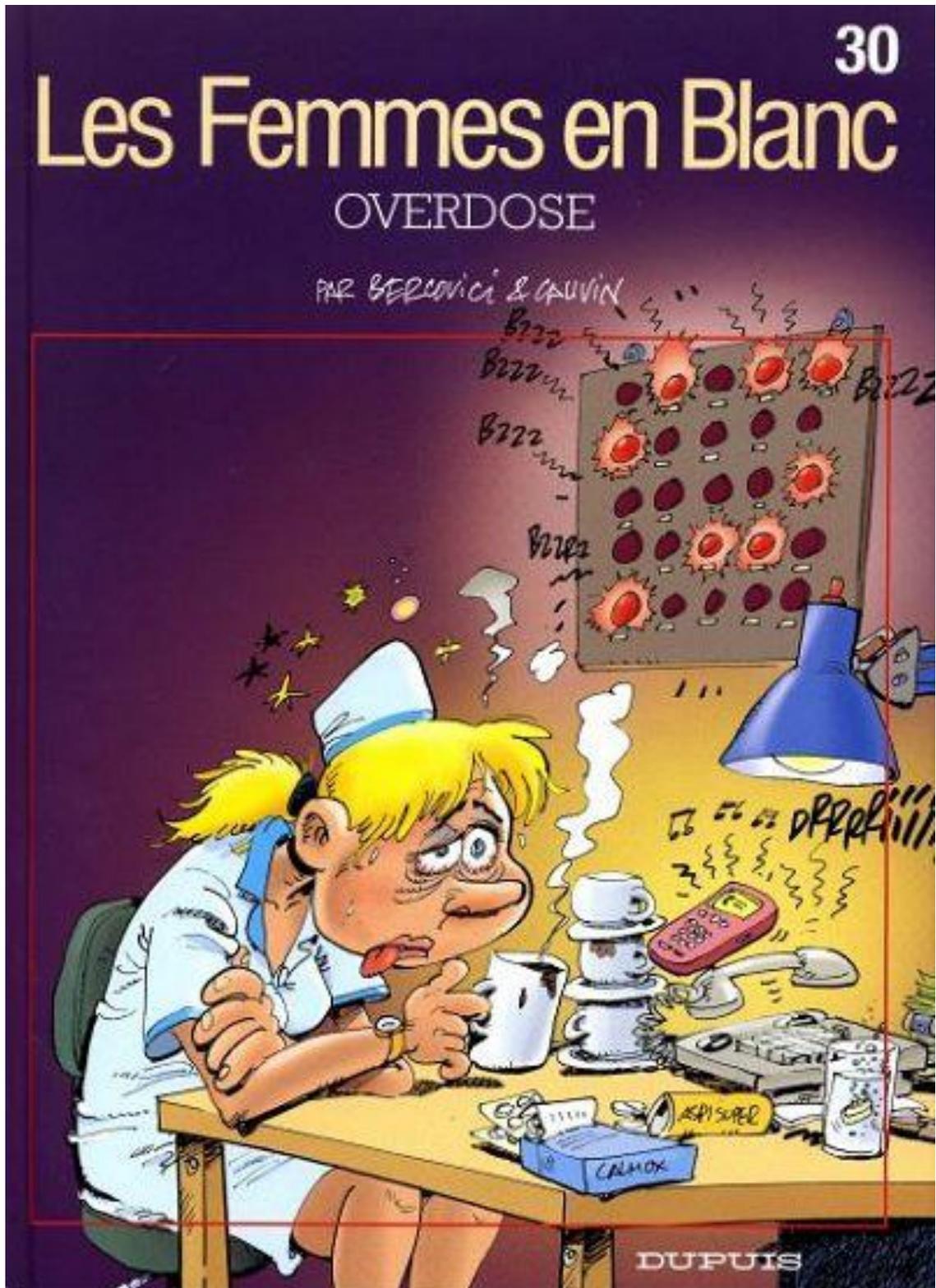
Méthode : Il s'agissait d'une étude épidémiologique, transversale et multicentrique, concernant 290 IDE de la région Nord exerçant en psychiatrie. Chaque IDE a reçu un auto-questionnaire anonyme évaluant le niveau de BO selon le Maslach Burnout Inventory, la FP selon le Questionnaire d'Acceptation et d'Engagement-II et l'évitement expérientiel (EE) selon le Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. Nous avons réalisé une analyse descriptive des données ainsi que des analyses bivariées (test de Student et du Chi-2) puis multivariées avec test de régression logistique.

Résultats: Le taux de réponse était de 51%, le taux de BO selon le MBI était de 47,2 %. La perte d'accomplissement personnel était la sous-dimension la plus touchée (60,5%) devant la dépersonnalisation (23,2%) et l'épuisement émotionnel (16,3%). Les IDE avec BO présentaient de manière statistiquement significative un score de contrainte professionnelle (SCP) supérieur aux IDE sans BO : $7,2 \pm 3,7$ [0;15] contre $4,9 \pm 3,4$ [0 ;12] $p = 1,94e-4$, un niveau de FP plus faible : $46,3 \pm 6,9$ [25 ; 59] contre $55,7 \pm 6,1$ [41 ; 70] $p = 2,19e-14$ et un niveau d'EE plus élevé : $205,5 \pm 25,6$ [160 ; 266] contre $163,4 \pm 25,4$ [88 ; 241] $p = 9,6e-17$. Les analyses multivariées ont démontré que ces trois variables qualitatives étaient interdépendantes du BO. SCP: OR = 1,2 [1,02 ; 1,44] $p = 0,0312$; FP: OR = 0,81 [0,71 ; 0,91] $p = 7,31e-4$ et EE: OR = 1,05 [1,03 ; 1,09] $p = 3,47e-4$.

Discussion: Cette étude montre que le BO est bien lié à la rencontre entre un environnement professionnel particulièrement contraignant et un individu vulnérable de par sa gestion des émotions. Plus que les autres, les IDE psychiatriques sont à risque de développer un BO mais tous ne sont pas égaux. Deux types de FDR de BO ressortent : les FDR professionnels lié au SCP des services de soins et les FDR

individuels : faible niveau de FP et/ou haut niveau d'EE. L'intérêt de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) en traitement préventif et curatif du BO via une augmentation de la FP et une diminution de l'EE est discuté.

INTRODUCTION



Cauvin – Bercovici © Dupuis, 2015

CONTEXTE THEORIQUE

I. Le burnout

Aujourd'hui en France, le burnout est un concept inévitable. Inévitable de par son ampleur (1)(2), mais surtout de par son traitement médiatique, particulièrement flou. Entre stress au travail et dépression, sa place reste délicate et sa définition, très aléatoire.

Après avoir retracé brièvement l'histoire et le développement du concept de burnout, nous nous attarderons sur sa définition actuelle puis nous développerons la vision médicale et notamment psychiatrique du burnout. Enfin, nous nous intéresserons aux particularités du burnout chez les soignants et plus précisément chez les infirmiers psychiatriques.

A. Sémantique

Le terme anglo-saxon « to burnout » signifie littéralement « griller », « brûler » ou « s'user ». A l'origine, ce terme est utilisé dans l'industrie aérospatiale (3). Il décrit le phénomène de désintégration par surchauffe des machines à court de carburant. Il est désormais largement utilisé pour désigner l'épuisement professionnel, par analogie avec la sensation de brûlure interne que ressent un sujet qui se consume au travail, épuisant progressivement ses ressources physiques et psychiques. En France, on utilise également la formule « Syndrome d'épuisement professionnel ».

B. Historique

1. Apports antérieurs à 1970

Les premiers écrits relatant les effets néfastes que peut engendrer une profession sur la santé d'un individu remontent à 1768 avec Samuel Auguste Tissot, un médecin suisse principalement connu pour ses travaux sur l'épilepsie (4). En esquissant différents portraits d'intellectuels morts à la tâche, il décrit les méfaits de l'acharnement au travail et propose, pour y remédier, une approche essentiellement hygiéniste et préventive.

En 1911, Siegbert Schneider, un médecin allemand, relate dans son livre « Oberpfälzer Schulanzeiger » une forme de neurasthénie qui affecte tout particulièrement les instituteurs (5). Quelques années plus tard, le médecin et psychologue britannique Charles Samuel Myers propose, quant à lui, la notion de « fatigue industrielle » (6).

En 1954, Louis Le Guillant (Médecin des Hôpitaux Psychiatriques) décrit « la névrose des téléphonistes et des mécanographes » (7), développant ainsi les prémices de la psychopathologie du travail mais il faudra attendre 1959 pour que la notion d'épuisement professionnel émerge grâce à Veil (8,9). Selon lui, « l'épuisement professionnel est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. [...] La prévention de l'état d'épuisement tient en trois termes : éducation du public, hygiène du travail, mesures sociales ».

Le concept d'épuisement professionnel n'est donc pas un phénomène récent, bon nombre de médecins et d'intellectuels s'y sont intéressés mais ce n'est qu'à partir des années 1970 que le concept de burnout pris réellement son essor.

2. Herbert Freudenberger

Herbert Freudenberger est un psychologue américain d'origine allemande né en 1926 à Frankfort. Dans les années 1970, il dirige une « free clinic », un hôpital de jour accueillant des patients toxicomanes dans le Lower East Side de New York. C'est en observant l'évolution comportementale et affective des bénévoles y travaillant qu'il put décrire pour la première fois le « Burnout Syndrome » (10). En effet, Freudenberger réalisa qu'après un an au sein de cet hôpital de jour, de nombreux bénévoles perdaient toute motivation et exprimaient divers symptômes physiques tels que de l'asthénie, des céphalées, des troubles du sommeil ou des troubles gastro-intestinaux. Sur le plan émotionnel et comportemental, la colère, le cynisme, le défaitisme et les situations de surenchère avaient remplacé la bienveillance et l'engagement initiaux. Ces bénévoles, dans une hyperactivité inefficace, passaient de plus en plus de temps au travail, s'isolaient et avaient recours aux conduites d'évitement en fuyant les situations susceptibles de provoquer des réactions émotionnelles (11).

A partir de ces constatations, Freudenberger conceptualise la notion de burnout 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 (12). Freudenberger consacra une grande partie de sa carrière à explorer, valider le burnout et à en faire un élément d'intérêt public. Ses ouvrages restent encore aujourd'hui une référence dans le champ de la psychopathologie du travail.

3. Christina Maslach

Christina Maslach est un Docteur, Professeur et Chercheur américain en Psychologie qui a orienté ses travaux vers deux domaines : l'épuisement et le stress au travail, et l'individuation de l'influence sociale.

Dans les années 1970, Maslach s'intéresse aux stratégies utilisées dans le but de faire face aux états d'activation émotionnelle chez les professionnels de la santé,

notamment dans le champ de la santé mentale, et chez les avocats. Au fur à mesure de ces entretiens cliniques, elle remarque que ces sujets présentent des attitudes similaires en réaction au stress rencontré dans leur profession : même si les expériences émotionnelles peuvent être gratifiantes, elles s'avèrent souvent stressantes. Ces professionnels semblent également incapables d'atteindre le détachement nécessaire et adoptent, avec le temps, des comportements négatifs envers leurs patients. Vivant ces expériences comme des échecs, ils s'interrogent sur leurs compétences et se déprécient (13).

C'est à partir de ces observations cliniques, communes selon Maslach aux professionnels de la relation d'aide, qu'elle va proposer son premier modèle du burnout. Sa définition de l'épuisement professionnel évoluera et s'enrichira au cours de ses recherches jusqu'à proposer un modèle unanimement validé, « la triple dimensionnalité », que nous développerons plus tard et qui est aujourd'hui encore considéré comme la référence du burnout (14). Maslach élaborera également un instrument de mesure du burnout, le Maslach Burnout Inventory (15), qui après plus de trente années, fait toujours consensus.

Maslach se démarque de Freudenberger dans le sens où ce dernier insiste sur les facteurs personnels comme causes de burnout alors qu'elle situe davantage les causes de l'épuisement professionnel dans l'environnement et les conditions de travail (10,13).

4. Autres auteurs

En 1980, le professeur américain de psychologie Cary Cherniss propose une vision dite transactionnelle du burnout : l'individu et l'environnement ne seraient pas des entités séparées mais les composants d'un même processus qui s'influencent mutuellement et continuellement. Selon lui, le syndrome d'épuisement professionnel proviendrait d'un déséquilibre entre les ressources d'un individu et les exigences de travail. Ce déséquilibre serait à l'origine de tensions internes, de fatigue et d'anxiété qui aboutiraient à des comportements d'évitement voir de fuite. Pour Cherniss, les sources de stress se situent au niveau professionnel mais également au niveau

personnel. Dans ce modèle, les caractéristiques individuelles ont une part explicative dans l'émergence du burnout (16).

A la même époque, Ayala Pines, professeure israélienne en psychologie clinique, décrit une approche motivationnelle du syndrome d'épuisement professionnel. Selon son modèle, le travail représente une quête existentielle pour l'individu. C'est lorsque les professionnels ne parviennent pas à avoir l'impact souhaité sur leur environnement ou qu'ils se trouvent privés de la signification qu'ils recherchent dans leur travail que le burnout apparaîtrait (17).

C. Concept Actuel

Depuis la fin des années 1980, le concept de burnout s'est rapidement démocratisé jusqu'à devenir un sujet « à la mode ». Le terme même de « burnout » est passé depuis dans le langage courant. Malgré cette popularité et le nombre croissant de publications, son existence en tant qu'entité nosologique distincte fait encore débat au sein de la communauté scientifique. En effet, le burnout ne fait pas partie des classifications officielles de référence, que ce soit dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV TR (18) puis DSM 5 (19)) ou dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (20). L'OMS ne le définit d'ailleurs que « comme un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».

Si ce concept est toujours soumis à controverse, c'est notamment du fait des divergences retrouvées dans la littérature quant à sa définition, son mode d'apparition et ses facteurs causaux. En 1980, Perlman et Hartman trouvaient déjà plus de cinquante définitions différentes (21).

Depuis les années 2000, les auteurs semblent toutefois s'accorder sur le modèle proposé par Maslach, « la triple dimensionnalité » et sur son outil de mesure du burnout, le MBI (22) qui représente 90% des publications sur le sujet ces vingt dernières années.

1. La triple dimensionnalité de Maslach

Christina Maslach définit le burnout « 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 » (13).

L'épuisement émotionnel renvoie à la perte d'énergie : le sujet se sent « vidé nerveusement ». Il n'arrive plus à gérer les émotions, les siennes comme celles de ses patients. Il oscille entre compassion exagérée et froideur, entraînant frustration et culpabilité.

La dépersonnalisation représente la dimension interpersonnelle du burnout : elle renvoie aux attitudes impersonnelles, cyniques et négatives que le soignant développe envers ses patients. Il s'agit d'une stratégie de mise à distance du patient, en réponse à l'épuisement émotionnel. L'objectif est de limiter les contacts interpersonnels et d'éviter ainsi l'apparition des émotions. La dépersonnalisation peut s'exprimer par des comportements allant jusqu'au rejet et la maltraitance.

La réduction de l'accomplissement personnel concerne la perte du sentiment d'efficacité, l'auto-dévalorisation, le doute et la remise en question de ses capacités.

2. Evolution naturelle

Selon Maslach, ce syndrome naît en réaction à un stress professionnel chronique. L'épuisement émotionnel émergerait chez des soignants surchargés de travail, confrontés en permanence à la souffrance physique et psychique, à la mort et aux conflits. Dépassés par la charge émotionnelle, ils n'arrivent plus à gérer leurs émotions et mettent à distance leurs patients dans une perspective de réduction des situations à risque de réaction émotionnelle. La dépersonnalisation apparaît ainsi progressivement, la bienveillance et l'implication initiales laissant la place aux attitudes cyniques et rejetantes. Détachés de leur travail, ces soignants ne s'impliquent plus ou parfois trop, lorsque cette situation est vécue avec culpabilité. Peu à peu, ils remettent en question leurs aptitudes professionnelles, se sentent inutiles et inefficaces, ce qui aboutit à la perte d'accomplissement personnel (23).

D. Epidémiologie

Ces divergences majeures d'opinion quant à l'approche du concept de burnout et à sa définition se retrouvent dans les chiffres exprimés. Les seules données fiables et exploitables sont celles, minoritaires, exprimées par les études scientifiques utilisant les outils de mesure validés comme le MBI. Ces études se concentrent généralement sur des populations réduites aux caractéristiques très précises comme les enseignants en école primaire du sud-ouest en 2005 (24) ou les médecins généralistes de ville en région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2009 (25). Les chiffres concernant des populations plus importantes sont habituellement des estimations extrapolées à partir de sondages sans fondement ou rigueur scientifique et donc non exploitables. Ces données sont pourtant celles relayées dans les médias de masse et donc celles avec la plus grande portée. Ainsi, nous retrouvons régulièrement des articles mentionnant que « Plus de 3 millions de Français sont au bord du burnout » (26) ou qu'« Un travailleur sur dix souffre de burnout réel » (27) sans fondement scientifique.

Cette grande variabilité des données épidémiologiques retrouvées nous oblige à appliquer chaque chiffre à la population étudiée, ce qui rend difficile, voire impossible, la prise de recul et la généralisation.

E. Place dans la nosographie psychiatrique

Initialement considéré comme une production sociale, le burnout est passé du statut de « pop-psychologie » (28), un modèle psychologique à la mode mais dénué de fondement scientifique, au « concept-valise ou fourre-tout capable de recueillir toutes les revendications du monde de la santé » (29,30).

Actuellement, le burnout est un syndrome reconnu, validé et soumis à de nombreuses publications chaque année. Sur les 5 dernières années, nous obtenons ainsi 9285 résultats au mot-clé « burnout » sur le moteur de recherche Pubmed. Malgré cette popularité difficilement acquise dans la communauté scientifique, le syndrome d'épuisement professionnel reste absent des classifications diagnostiques internationales, même les plus récentes.

Cette absence se justifie par la multitude et la non spécificité des signes cliniques retrouvés, par les caractéristiques communes que le burnout partage avec d'autres entités nosologiques bien définies telles que les syndromes dépressifs, les troubles anxieux, les troubles somatoformes, les troubles de l'adaptation et par l'absence de consensus sur sa définition.

1. Clinique du burnout

Nous retrouvons un éventail assez large de signes cliniques aspécifiques, Schaufeli et Enzmann en ont d'ailleurs décrit 132 au cours de leurs observations (31).

a. Signes physiques

Sur le plan somatique, nous retrouvons l'asthénie au premier plan. Il s'agit d'une asthénie physique, psychique et sexuelle, souvent accompagnée d'autres plaintes fonctionnelles comme les troubles digestifs (douleurs abdominales diffuses ou troubles du transit), troubles du sommeil, troubles de l'appétit voir des conduites alimentaires, céphalées, douleurs musculo-squelettiques, troubles dyspeptiques, dermatoses, infections virales prolongées ou répétées ou encore les réponses physiologiques au stress comme la tachycardie de repos, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie et les troubles lipidiques.

b. Signes affectifs et comportementaux

Les signes affectifs sont nombreux et variés. Nous pouvons citer l'anxiété, l'ennui, la perte d'intérêt, l'autodépréciation, le doute, le découragement voir le désespoir, la perte d'empathie, le sentiment d'inefficacité ou d'incompétence, le cynisme, le rejet ou la colère.

c. Signes cognitifs

Sur le plan cognitif, il n'est pas rare de retrouver des troubles attentionnels ou de concentration, une distractibilité marquée voir des troubles mnésiques.

2. **Diagnostics différentiels**

a. Les syndromes dépressifs

Le burnout partage plusieurs symptômes avec les syndromes dépressifs majeurs comme décrits dans le DSM-5 (Annexe 1): asthénie physique, psychique et sexuelle, troubles du sommeil et de l'appétit, dévalorisation ou culpabilité excessive, troubles de la concentration et de l'attention ou encore labilité thymique. Par contre on ne retrouve généralement pas de tristesse de l'humeur, de douleur morale ou de ralentissement psychomoteur.

La principale différence entre ces deux syndromes réside dans leur retentissement : le syndrome dépressif envahit tous les champs de la vie du sujet alors que la symptomatologie du burnout reste ciblée au contexte professionnel, les sphères personnelles et familiales étant initialement épargnées. Néanmoins, un épisode dépressif majeur peut venir compliquer un syndrome d'épuisement professionnel et en constituer ainsi une évolution possible.

b. Les troubles anxieux

Bien que le stress soit un élément central du burnout, on ne retrouve que rarement des éléments anxieux caractérisés comme décrits dans les classifications diagnostiques internationales tels que le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies sélectives, la phobie sociale ou les troubles obsessionnels-compulsifs (Annexes 2, 3, 4, 5 et 6). Lorsque ces éléments sont présents, il s'agit généralement d'un trouble anxieux préexistant que les difficultés professionnelles auraient majoré ou révélé. Comme pour les syndromes dépressifs, un trouble anxieux caractérisé peut également venir compliquer un burnout.

c. Les troubles somatoformes et la neurasthénie

Le rapprochement entre burnout et neurasthénie est aisé : parmi les nombreuses plaintes fonctionnelles recensées chez les sujets présentant un syndrome d'épuisement professionnel, l'asthénie est le plus souvent au premier plan. La nuance réside dans le fait que cette asthénie physique, psychique et sexuelle, parfois isolée, cède au repos et aux congés. En effet, lors des mises à distance du milieu professionnel, la symptomatologie présentée régresse souvent, ce qui n'est pas le cas de la neurasthénie comme décrite dans la CIM-10 (Annexe 7).

Le DSM-5 définit les troubles somatoformes par « la persistance de symptômes [...] sans que l'on puisse les expliquer par une maladie organique ou les effets secondaires d'un traitement ». Lorsque la symptomatologie physique du burnout est au premier plan, la distinction devient difficile. C'est en explorant les facteurs environnementaux entourant l'apparition des symptômes et leur évolution que le lien avec le contexte professionnel pourra être établi.

d. Les troubles de l'adaptation

Si nous devons rattacher le burnout à un diagnostic précis, ce serait sûrement aux troubles de l'adaptation. En effet, il s'agit de la catégorie nosographique avec laquelle nous retrouvons le plus de similitudes. Le DSM-5 les définit comme suit :

A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivants l'exposition au(x) facteur(s) de stress.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne un ou les deux éléments suivants :

1. Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.

2. Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminées, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

Avec spécification du type :

- Avec humeur dépressive
- Avec anxiété
- Mixte avec anxiété et humeur dépressive
- Avec perturbation des conduites
- Avec perturbation mixte des émotions et des conduites
- Non spécifié

Avec ce syndrome, nous retrouvons le caractère réactionnel à l'environnement des troubles, bien que la notion de facteur de stress identifiable soit volontairement non-spécifique et se rapporte plutôt à un stress aigu. De plus, la clinique du trouble de l'adaptation est très vague : *symptômes émotionnels ou comportementaux marqués par une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants, ces perturbations ne répondant pas aux critères d'un autre trouble mental*. Cette définition correspond bien au polymorphisme clinique observé dans le burnout.

Dans la CIM-10, nous pouvons mentionner la catégorie Z73 des difficultés liées à l'orientation du mode de vie des sujets qui comprend, entre autres, le surmenage Z73.0, le manque de repos et de loisir Z73.2 ou encore le stress non classé ailleurs Z73.3.

3. Comorbidités et évolutions

Nous venons de le voir, le burnout peu, dans certains cas, être pris à tort pour un syndrome dépressif ou un trouble anxieux, ces pathologies pouvant également venir

compliquer ou accompagner le burnout. D'autres troubles peuvent représenter une comorbidité et/ou une évolution possible du burnout, il s'agit principalement des addictions et des conduites suicidaires.

a. Les addictions

Les conduites addictives représentent une comorbidité fréquente du burnout, notamment chez les soignants. Selon l'étude internationale European General Practice Research Network (EGPRN) (32), les médecins présentant un burnout auraient des consommations éthyliques, tabagiques et médicamenteuses largement supérieures à celles des médecins indemnes de burnout. Les substances employées seraient par ordre décroissant les anxiolytiques, les antalgiques non-opioïdes puis opioïdes et enfin les antidépresseurs (33).

Une enquête de la Société française d'anesthésie et de réanimation de 2009 a également mis en évidence un lien statistiquement significatif entre burnout, consommation d'alcool et de toxiques (34).

b. Les conduites suicidaires

Les liens entre troubles mentaux et conduites suicidaire sont bien connus. Une méta-analyse datant de 1997 (35) démontrait déjà que chaque trouble mental identifié représentait un facteur de risque indépendant de suicide. En effet, selon une étude américaine plus récente (32), 60% des suicides seraient commis par des personnes présentant un trouble de l'humeur. Le burnout étant souvent confondu, associé ou suivi d'un trouble de l'humeur, la question des liens entre suicide et burnout s'est posée.

Deux études, l'une néerlandaise (36) et l'autre américaine (37), ont exploré la question des idéations suicidaires dans le burnout des internes en médecine. Toutes deux ont démontré que les idéations suicidaires étaient de manière statistiquement significative plus fréquentes chez les internes présentant un burnout, quel que soit son intensité.

Actuellement, malgré une popularité grandissante du sujet au sein de la communauté scientifique et bien que le concept de triple dimensionnalité de Maslach fasse consensus, le burnout reste mis à l'écart de la nosographie médicale, de par le peu de spécificité de sa clinique.

Le burnout a été beaucoup étudié chez les soignants, nous l'évoquons au point suivant.

F. Le burnout chez les soignants

1. Chez les médecins

Historiquement, c'est à partir de l'observation des soignants que le concept de burnout est né. C'est donc cette population, et plus particulièrement la catégorie des médecins, qui a été la plus étudiée (38–41). Selon les études les plus récentes, nous retrouvons un taux de burnout allant de 27 à 60% pour une médiane de 47,7% chez les médecins avec des particularités selon la spécialité et le mode d'exercice (42). Par exemple, en France, les médecins libéraux sont plus sujets au burnout que leurs confrères hospitaliers (25,30,32,35,38). Les spécialités les plus à risque étant la Psychiatrie (43,44), la médecine d'Urgences (45,46), l'Anesthésie (47,48), la Chirurgie (49) et la Pédiatrie (39).

Facteurs de risques

De nombreux facteurs de risque de burnout ont été décrits mais certains semblent plus spécifiques à l'exercice des médecins (42). Nous retrouvons ainsi :

- Les exigences professionnelles : volume horaire et charge de travail, contraintes administratives et diminution du temps accordé au malades, responsabilités, aspect médico-légal : judiciarisation de la profession et crainte d'un procès, manque de reconnaissance, manque de soutien social, contraintes économiques, manque d'autonomie, difficulté de maintenir ses connaissances médicales à jour, importance de la technologie et de l'informatique.

- La relation médecin-malade : exigence des patients, sentiment de non reconnaissance, confrontation à la violence verbale et physique.
- Retentissement sur la vie personnelle avec conflit travail-famille élevé.

2. Chez les infirmiers

Démographiquement plus importante que la population médicale, la population infirmière a été beaucoup moins étudiée. Elle est pourtant soumise à des contraintes relationnelles similaires et à de hauts niveaux d'exigence et de stress professionnel.

En 2007, Estryn-Behar livre les conclusions du projet PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail), volet français de l'étude NEXT (Nurses Early Exit) dont l'objectif est d'analyser les facteurs influençant les départs précoces chez les professionnels paramédicaux. Cette importante étude européenne a analysé les résultats de 39898 soignants appartenant à 10 pays dont 5376 en France (50).

Dans la population infirmière française, on retrouvait un taux de burnout (selon le MBI) de 43,2%. Le burnout concernait majoritairement les hommes. Les spécialités les plus touchées étant la Psychiatrie, les services de long séjour en Gériatrie et les maisons de retraite.

Les études explorant la souffrance infirmière sont moins nombreuses et plus générales (51,52). Peu se sont intéressées aux particularités de leur exercice, si ce n'est de manière très ciblée comme chez les IDE travaillant en unité de soins palliatifs (41), en oncologie (53) ou aux urgences (46).

a. Chez les infirmiers exerçant en Psychiatrie

La littérature internationale compte quelques études explorant les difficultés rencontrées par les IDE exerçant en Psychiatrie (43,54,55). Elles semblent d'ailleurs identifier le travail en Psychiatrie comme un facteur de risque indépendant de burnout. Par contre, nous n'avons rien trouvé dans la littérature Française à ce sujet.

G. Conséquences

1. Economiques

L'impact macroéconomique du burnout est difficile à évaluer compte tenu du polymorphisme de ses symptômes, de ses causes, et de l'absence de consensus sur sa définition mais nous pouvons en avoir une estimation via l'étude du stress professionnel. Il s'agit d'une notion différente du burnout mais qui lui est apparentée et dont le coût économique est plus facile à évaluer.

L'Agence Européenne pour la Santé et la sécurité au Travail a estimé en 2010, pour l'Europe des Quinze, les coûts liés au stress professionnel à plus de 20 milliards d'euros. En France, les estimations atteignaient 1,9 à 3 milliards d'euros en 2007 selon une enquête de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (56). Les chiffres du burnout sont vraisemblablement supérieurs car dans ces études, seul le « job strain » (association entre une absence d'autonomie et une forte pression subie) a été pris en compte.

Aux Etats-Unis, Leiter et Maslach ont estimé en 2005 le coût du burnout à 300 milliards de dollars, cette estimation intégrant les arrêts maladies, les incapacités de travail et la rotation du personnel (57).

2. Démographiques

D'un point de vue démographique, l'une des conséquences directes du burnout est la rotation du personnel et plus précisément le départ précoce des soignants. L'étude PRESST-NEXT rapporte que 16,3% des infirmiers de l'échantillon français pensent régulièrement à quitter leur profession. Dans la population présentant un burnout (selon le MBI), les IDE étaient 78% à penser définitivement à quitter leur profession. Sur les 39898 soignants interrogés, 5640 ont quitté leur service au cours de l'étude soit 14,1%. La grande majorité (42%) des IDE ayant quitté leur poste continuent à travailler mais dans un autre service de soins. D'autres sont partis en retraite anticipée (24%) ou en « time out » (année sabbatique) (8%), une petite proportion continue à travailler mais dans un autre champ professionnel (12%) (58).

Les motifs de départ évoqués par ces IDE sont particulièrement similaires aux facteurs de risque de burnout recensés dans la littérature. Pour l'échantillon français, nous retrouvons ainsi le conflit travail-famille (temps passé avec le/la partenaire, disponibilité pour les enfants), l'environnement professionnel (management d'équipe, relations avec la hiérarchie, relations avec les collègues), contenu professionnel (confrontation à la souffrance et aux maladies lourdes, charge de travail), l'organisation du travail et enfin les facteurs individuels comme la santé et l'âge (46).

Les départs précoces au sein d'équipes déjà en souffrance viennent aggraver les difficultés rencontrées par les soignants restants : la charge de travail augmente, les horaires de poste fluctuent pour compenser les départs et la cohésion d'équipe s'effrite. Les facteurs de risque de burnout s'additionnent donc pour chaque membre restant, c'est un cercle vicieux (59).

3. Institutionnelles

Les répercussions du burnout à l'échelle d'une unité de soin sont majeures : l'altération de la qualité des soins est la conséquence directe du burnout. Tant au niveau institutionnel avec des équipes en renouvellement permanent pour compenser les départs précoces ou en sous-effectif qu'au niveau individuel par un soignant épuisé émotionnellement qui devient cynique, rejetant et possiblement maltraitant. En effet, l'étude des liens entre burnout et maltraitance a montré une corrélation entre maltraitance, épuisement émotionnel et dépersonnalisation. Les soignants souffrant d'épuisement professionnel seraient donc plus susceptibles de présenter des comportements maltraitants (60).

Anticiper, prévenir et reconnaître le burnout du soignant revient ainsi à améliorer la qualité des soins apportés au patient et à prévenir la maltraitance, individuelle comme institutionnelle.

H. Prévention et traitements

Bien que les hypothèses de prévention et de traitement du burnout retrouvées dans la littérature soient aussi nombreuses, vastes et différentes que peut l'être sa clinique (61), deux axes généraux émergent (62–66).

1. Axe organisationnel et professionnel

Limiter les conflits de valeur, les responsabilités et la surcharge de travail ; améliorer l'écoute, le management d'équipe, la protection sociale, la reconnaissance, la confraternité et le niveau de contrôle (job control) ; favoriser la communication horizontale comme verticale ; développer des groupes de réflexion et de soutien comme les groupes Balint (67,68).

2. Axe individuel

Développer les capacités de coping, de gestion du stress, du temps et des conflits par des techniques de management, de méditation (69) ou des thérapies inspirées des Thérapies Cognitives et Comportementales (70).

Les traitements médicamenteux comme les traitements hypnotiques, anxiolytiques ou antidépresseurs n'ont pas montré d'efficacité dans le traitement de première intention du burnout. Ils sont néanmoins indiqués dans la prise en charge globale des complications du burnout que nous avons détaillées dans les parties « Diagnostics différentiels » et « Comorbidités et évolutions » (71).

Nous venons de le voir, le burnout est un concept riche et particulièrement discuté. La prochaine partie se concentrera sur un autre concept que nous pensons être intimement lié à celui du burnout, il s'agit de la flexibilité psychologique.

II. La flexibilité psychologique

Après avoir retracé l'histoire et la définition du concept de flexibilité psychologique (FP), nous nous attarderons sur ses liens avec la santé mentale, le milieu professionnel et enfin, le burnout.

A. Approches historique et théorique

Le concept de flexibilité psychologique est né vers la fin des années 1990, quand Steven Hayes (professeur américain de psychologie clinique) a créé puis développé la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (Acceptance and Commitment Therapy), appelée également ACT (72). L'ACT est un modèle psychothérapeutique qui s'inscrit dans la troisième vague des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) et qui, à l'inverse des précédents mouvements, propose de modifier notre relation aux événements psychologiques plutôt que de chercher à en modifier le contenu (73).

L'ACT, qui s'est développée selon les principes philosophiques du Contextualisme Fonctionnel, repose sur une théorie fonctionnelle du langage et des cognitions humaines : la Théorie des Cadres Relationnels (74).

Après avoir rappelé les principes des Thérapies Cognitives et Comportementales, nous évoquerons les deux fondements de l'ACT : le Contextualisme fonctionnel et la Théorie des Cadres Relationnels. Enfin, nous développerons succinctement l'ACT avant de nous attarder sur la flexibilité psychologique.

1. Les Thérapies Cognitives et Comportementales

Aujourd'hui appelées indifféremment Thérapies Cognitives et Comportementales, les TCC actuelles sont le résultat de trois mouvements de psychologie clinique qui se sont succédés et complétés depuis le début du XXème siècle et ce, dans une démarche de traitement des troubles psychiatriques.

1er mouvement des TCC: le Comportementalisme

Le comportementalisme est apparu durant le début du XXème siècle grâce à John Broadus Watson, un psychologue américain, qui en a établi les principes de base (75). A une époque où la psychanalyse est à son apogée, Watson souhaite faire de la psychologie une science objective et affirme ainsi que « [la psychologie] doit se limiter aux évènements observables et mesurables en se débarrassant, sur le plan théorique, de toutes les interprétations qui font appel à des notions telles que la conscience et en condamnant, sur le plan méthodologique, l'usage de l'introspection ». Watson développera notamment les phénomènes d'apprentissage et les associations stimulus-réponse (76).

S'inspirant de l'œuvre de Watson, Burrhus F Skinner (psychologue américain) poursuit les travaux d'Ivan Pavlov (médecin russe) sur le conditionnement classique en développant dans les années 1940 le conditionnement opérant (77). A la différence de Pavlov qui a étudié les associations entre stimuli environnementaux et réactions automatiques de l'organisme, développant le concept de conditionnement réflexe (78), Skinner s'est appuyé sur la loi de l'effet Thorndike (79) qui stipule que « tout comportement se maintient ou s'élimine en fonction de la valeur récompensante ou punitive de ses conséquences » pour construire le conditionnement opérant (77). La probabilité et la fréquence future d'apparition d'un comportement seraient directement liées à la conséquence de ce comportement. Ainsi, afin de modifier un comportement jugé néfaste, il devient nécessaire d'agir sur les conséquences de ce comportement.

Pointant certaines limites des thérapies comportementalistes, notamment quant à leur efficacité dans les troubles dépressifs, et dénonçant leur caractère réducteur, d'autres approches émergent dans les années 1960 et 1970, c'est le début du mouvement cognitiviste (80).

2ème mouvement des TCC: le Cognitivism

Le mouvement cognitiviste s'est construit à partir de la Thérapie rationnelle-émotive d'Albert Ellis, un psychologue américain (81), qui prend en compte aussi bien

les émotions d'un sujet, que ses comportements et ses croyances. Ellis part du principe que les souffrances émotionnelles d'un sujet proviennent de croyances irrationnelles. Le but de la thérapie rationnelle-émotive est donc d'identifier les pensées dysfonctionnelles, de remettre en question les systèmes de croyances irrationnelles et de mettre en place des schémas de pensée alternatifs convenant mieux au patient (82).

Le modèle d'Ellis a initié le mouvement cognitiviste mais a rapidement laissé place à d'autres modèles plus centrés sur l'étude des schémas cognitifs et du traitement de l'information (83).

Tous ces modèles cognitivistes ont pour point commun la conviction que les cognitions sont à l'origine de nos émotions et de nos comportements. Le but du thérapeute sera donc de faire prendre conscience au patient ses schémas cognitifs automatiques puis de l'amener à envisager d'autres options, plus rationnelles, moins stéréotypées et plus adaptées. Le changement de cognitions serait donc suivi d'une modification des émotions et des comportements (84).

A partir des années 1980, les thérapies comportementalistes et cognitivistes ont progressivement fusionné afin de donner naissance aux thérapies cognitivo-comportementales qui ont été développées avec succès dans de nombreux troubles mentaux (85,86).

3ème mouvement des TCC: la vague émotionnelle

La fin des années 2000 aura permis une nouvelle remise en question des TCC, de leurs indications, de leur efficacité et le développement d'un nouveau courant : la troisième vague (87). Contrairement à la révolution cognitive (88), ce mouvement ne s'est pas construit en rupture avec les précédents mais dans leur continuité, représentant une approche nouvelle.

Cette 3ème vague comprend un ensemble assez hétérogène de concepts comme la Thérapie Métacognitive (89), la Thérapie Comportementale et Dialectique (90), la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (91) ou encore la Thérapie Basée sur

la Pleine Conscience (Mindfulness) (92,93). Tous ces modèles psychothérapeutiques ont en commun une approche fonctionnelle des phénomènes psychologiques : ils s'intéressent davantage au contexte de survenue de ces événements psychologiques et à leur fonction, plutôt qu'à leur forme. Ils vont également promouvoir l'acceptation et le contact avec l'instant présent plutôt que la lutte.

Dans ce contexte, l'ACT s'éloigne du cognitivisme et se revendique du comportementalisme radical, partageant avec la première vague son intérêt pour la recherche fondamentale. L'ACT est d'ailleurs le modèle de troisième génération le plus documenté et le plus étudié. En effet, malgré son développement récent, plusieurs méta-analyses ont été conduites, démontrant son efficacité dans de nombreux troubles mentaux que nous détaillerons par la suite (73).

L'ACT, qui s'est construite à partir d'une philosophie scientifique de tradition comportementaliste, le Contextualisme Fonctionnel, repose sur une théorie fonctionnelle du langage et des cognitions : la Théorie des Cadres Relationnels. Nous allons maintenant évoquer ces deux aspects théoriques fondateurs.

2. Le Contextualisme fonctionnel

Le contextualisme fonctionnel est une philosophie des sciences (branche de la philosophie qui étudie les fondements, les systèmes et les implications de la science) (94) qui peut être vue comme une extension du comportementalisme radical Skinnerien dont nous avons parlé précédemment.

Cette philosophie considère que le rôle de la science n'est pas tant de percer la « réalité ultime » des choses, ni d'en produire la parfaite représentation, mais plutôt d'élaborer des explications qui fonctionnent dans les contextes pour lesquelles elles ont été élaborées (95). Ce mouvement se veut essentiellement pragmatique : il s'intéresse à ce qui fonctionne. Pour le contextualisme fonctionnel, le but de la science n'est donc pas de simplement décrire les phénomènes psychologiques et comportementaux mais surtout de trouver des moyens efficaces de les influencer.

Le contextualisme fonctionnel estime que « la vérité » n'est pas un état permanent mais l'aboutissement de comportements vers un but donné. Ainsi, rien n'est vrai dans l'absolu, tout dépend des buts que l'on souhaite atteindre (96).

Le contextualisme fonctionnel s'intéresse à la fonction de chaque comportement et chaque action dans leur contexte, et donc à leurs conséquences.

3. La Théorie des Cadres Relationnels

La Théorie des Cadres Relationnels (TCR) est une théorie fonctionnelle du langage et des cognitions humaines à la base de l'ACT (97). Elle est le produit de la rencontre entre les travaux de Skinner sur le langage et ceux de Sidman sur les mécanismes de dérivation de relation.

Pour Skinner, le langage est un comportement comme les autres dans le sens où il est appris par le biais d'interactions avec l'environnement (98). Il s'est donc employé à appliquer les principes des comportementalismes classiques et opérants au langage (99). Ainsi, un élève apprendra à différencier les animaux, les fruits ou les couleurs s'il est renforcé dans son comportement par ses enseignants (principe de la récompense, des « bon points »).

Afin d'étendre les travaux de Skinner sur le comportement verbal, Murray Sidman (docteur américain en psychologie) a étudié les mécanismes de dérivation (100). Il s'agit de la capacité qu'ont les êtres humains, après avoir appris une série de relations conditionnées entre stimuli, à faire émerger de nouvelles relations sans qu'un apprentissage direct intervienne (101). Par exemple : lorsqu'un enfant apprend à dire le mot « chien » quand on lui montre une image de chien, il devient capable, sans autre apprentissage, de désigner l'image du chien en entendant le mot « chien » (principe de symétrie) puis à prononcer le mot « chien » ou à désigner sa représentation en voyant le mot écrit. Ces processus d'apprentissages montrent que différents stimuli peuvent avoir la même signification alors même qu'ils n'ont pas la même forme et qu'ils n'ont pas été en contact direct.

La TCR, qui résulte directement du comportementalisme Skinnerien, a consisté à développer les recherches de Sidman sur les mécanismes de dérivation de relation pour bâtir une analyse complète du langage. Pour cela, le principe de dérivation de relation a été appliqué à tous les types de relation. Puisqu'il est possible d'établir un lien entre tout type de stimuli, il devient également possible de modifier la fonction de ces stimuli en utilisant le langage (96), c'est le principe fondamental de la TCR (74,102).

4. La Thérapie d'Acceptation et d'Engagement ou ACT

L'ACT pourrait être décrite comme la combinaison de stratégies d'acceptation, de pleine conscience et d'adaptation dont le principal objectif est d'augmenter la flexibilité psychologique d'un individu. Hayes définit la flexibilité psychologique comme la capacité qu'à un sujet d'être pleinement conscient de ses pensées, émotions et sensations du moment présent, sans défense inutile, et, sans que cela ne l'empêche de poursuivre ses actions dans la poursuite de ses objectifs et de ses valeurs (103). En d'autres termes, faire preuve de flexibilité psychologique reviendrait à démontrer de bonnes capacités d'adaptation lors des changements environnementaux et contextuels.

L'objectif de l'ACT ne vise pas la symptomatologie présentée par un sujet en cherchant à modifier la fréquence des événements psychologiques douloureux (pensées, sensations ou émotions), leur contenu ou leur forme mais de réduire son retentissement sur la qualité de vie du sujet en modifiant le rapport qu'entretient ce sujet avec ses symptômes via l'augmentation de sa flexibilité psychologique (104).

Pour l'ACT, la flexibilité psychologique serait liée à la bonne santé mentale alors que l'inflexibilité psychologique (faire preuve de rigidité psychologique et comportementale face à des événements nouveaux ou bouleversants) serait reliée à la souffrance psychique et aux troubles mentaux.

Pour y parvenir, l'ACT propose 6 processus fondamentaux et complémentaires dans le développement de la flexibilité psychologique (105) :

- L'acceptation : accepter les pensées, émotions et sensations physiques négatives sans les combattre ou tenter les diminuer.
- Le contact avec l'instant présent : avoir conscience de l'ici et maintenant, vivre l'instant présent avec intérêt, ouverture et réceptivité.
- Le soi comme contexte ou soi observateur : définir le soi comme constamment présent à travers les événements, comme un lieu sûr permettant au sujet d'accepter les confrontations avec des expériences très douloureuses en sachant que quoi qu'il arrive, cette réalité restera inchangée. « Quelle que soit l'intensité de la tempête, le ciel lui-même n'est pas affecté ».
- La défusion cognitive : apprendre à observer le processus de « penser » comme un processus comportemental continu, en dehors de la signification littérale du contenu de l'esprit.
- Les actions engagées : entreprendre des actions engagées vers des valeurs profondes et les exécuter de manière responsable.
- Les valeurs : découvrir quelles valeurs guident la vie du sujet

Ces 6 processus sont illustrés par l'Hexaflex (figure 1), un outil thérapeutique qui regroupe et présente les 6 dimensions de l'ACT.

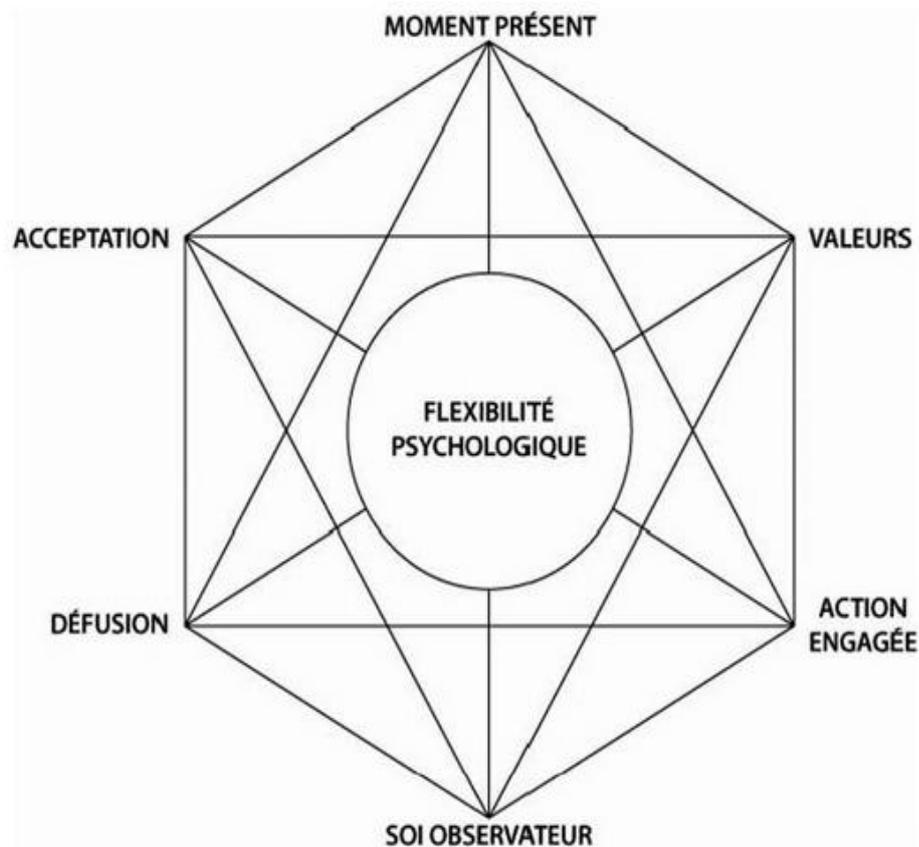


Figure 1 : l'Hexaflex

B. Concept actuel de la flexibilité psychologique

Depuis les années 2000, la communauté scientifique s'est montrée particulièrement intéressée par le concept de flexibilité psychologique et ses implications éventuelles (70,106,107). Nous retrouvons ainsi 28000 résultats au mot-clé « psychological flexibility » sur le moteur de recherche Google Scholar pour ces cinq dernières années.

Bien qu'initialement construit comme un modèle psychologique, le concept de flexibilité psychologique est devenu depuis transdisciplinaire. Aujourd'hui, ses principaux champs d'action sont la santé mentale, la prise en charge des douleurs chroniques et le monde du travail.

1. Flexibilité psychologique et bonne santé mentale

Bien qu'il soit impossible d'affirmer que la flexibilité psychologique soit à l'origine de la bonne santé mentale, la littérature va pourtant dans ce sens. En effet, depuis les années 2000, les études démontrant l'efficacité de l'ACT via une augmentation isolée de la flexibilité psychologique sont suffisamment nombreuses pour produire des méta-analyses (73,103,108) et des revues de la littérature (109,110).

En 2006, Hayes et Bond ont passé en revue 32 études (incluant au total 6628 participants) qui évaluaient la relation entre flexibilité psychologique (évaluée par le Questionnaire d'Acceptation et d'Action II ; AAQ-II), différents critères de qualité de vie comme le stress, la douleur, la satisfaction professionnelle, la performance professionnelle, les affects négatifs mais également des éléments de psychopathologie comme l'anxiété, la dépression, les stress post traumatiques ou la trichotillomanie (103). La corrélation moyenne obtenue était modérée mais le résultat le plus intéressant était l'absence de corrélation négative, ce qui indique que toutes les corrélations obtenues allaient dans le sens du modèle proposé et étudié: les hauts niveaux de flexibilité psychologique sont associés à une meilleure qualité de vie.

En 2013, Ducasse et Fond réalisent une revue de la littérature sur l'efficacité de l'ACT (111). Ils exposent différents essais cliniques contrôlés et randomisés qui ont démontré l'efficacité d'une augmentation isolée de la flexibilité psychologique dans différents troubles comme les psychoses chroniques (112–114), les troubles dépressifs (115–118), la trichotillomanie (119), les troubles obsessionnels et compulsifs (120), le trouble anxieux généralisé (121,122) ou le trouble de la personnalité état-limite (123).

L'intérêt de l'ACT ne se réduit pourtant pas aux troubles psychiatriques, son champ d'action couvre également la prise en charge des addictions (124–126), l'arrêt du tabac (76,77), l'épilepsie (127,128), la gestion du diabète (129), des acouphènes (130,131), des troubles du comportement alimentaire (132) ou encore la prise en charge des douleurs chroniques (133–137) comme l'a montré McCracken (138). Il a ainsi observé chez les patients souffrant de douleur chronique que les hauts niveaux de flexibilité psychologique étaient associés à un moindre retentissement de la douleur

sur la qualité de vie avec notamment un handicap quotidien plus faible, moins de consultations spécialisées et une moindre consommation d'antalgiques, quels que soient les niveaux de douleur ressentis.

2. Inflexibilité psychologique, évitement expérientiel et troubles mentaux

A l'opposé du concept de flexibilité psychologique, nous retrouvons l'inflexibilité ou rigidité psychologique. Un de ses mécanismes les plus connus et les plus étudiés est celui de l'évitement expérientiel. Selon Hayes, l'évitement expérientiel correspond à des essais de se soustraire aux expérimentations psychologiques (pensées, émotions, sensations physiques) négatives en essayant de modifier la forme, la fréquence, l'intensité ou l'exposition à ces évènements psychologiques (139). En d'autres termes, l'évitement expérientiel correspond à tous les comportements dont l'objectif est d'éviter les situations pouvant provoquer des sensations, émotions ou pensées désagréables.

Dans l'ACT, limiter l'évitement expérientiel participe à l'augmentation de la flexibilité psychologique, ces deux concepts sont liés et complémentaires. Alors que la flexibilité psychologique est un outil plutôt récent qui s'est principalement développé durant les années 2000, l'évitement expérientiel est décrit depuis le début du XXème siècle sous différentes appellations selon le courant psychothérapeutique.

Le rôle central et pathogène des conduites d'évitement a été très étudié chez les troubles anxieux (140), les syndromes dépressifs (141,142), les troubles post-traumatiques (143), les douleurs chroniques (144), les troubles du comportement alimentaire (145) et les addictions (146) mais également chez les patients souffrants de psychose chronique et notamment d'hallucinations chimio-résistantes (147). Selon ces études, les sujets souffrant d'un trouble mental, quel qu'il soit, présentaient un niveau d'évitement expérientiel bien plus élevé que les sujets témoins. Dans la population cas, les patients avec les niveaux d'évitement expérientiel les plus élevés étaient ceux avec le retentissement sur la qualité de vie le plus important.

3. Flexibilité psychologique dans le monde du travail

Bien que le concept de flexibilité psychologique soit né et se soit développé avec la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement, il s'est rapidement étendu à d'autres champs et notamment celui du travail. Frank Bond (professeur britannique en psychologie) a étudié les liens entre flexibilité psychologique, « job control » (degré d'influence qu'à un employé sur son activité professionnelle dans le but de la rendre plus gratifiante et moins stressante), « job organization » (capacités organisationnelles et planificatrices), performances et satisfaction professionnelles (148–152).

Ces travaux ont montré que les hauts niveaux de flexibilité psychologique étaient corrélés à de meilleures capacités d'apprentissage, de programmation et d'adaptation avec moins d'absentéisme et une meilleure qualité de vie. Il est ressorti de ces études que développer la flexibilité psychologique des employés via l'ACT permettait d'améliorer le « job control », la satisfaction et les performances professionnelles à un an. La flexibilité psychologique s'est révélée être par la suite un bon indicateur de stress, d'absentéisme, de performance et de satisfaction professionnelles.

De plus, leurs études ont démontré que c'est bel et bien la flexibilité psychologique qui améliore la santé mentale et les performances professionnelles, et non pas l'inverse (153).

4. Flexibilité psychologique dans le burnout

Le burnout étant une entité au carrefour des champs de la santé mentale et du monde professionnel, nous avons été surpris de constater la pauvreté de la littérature à ce sujet alors qu'elle regorge de travaux explorant les liens entre flexibilité psychologique et ces deux univers.

Nous n'avons ainsi trouvé que cinq études explorant de manière indirecte les liens entre flexibilité psychologique et burnout.

La plus ancienne date de 2008 (154), elle consistait à évaluer l'intérêt d'une intervention ACT sur le burnout de 15 professionnels de santé exerçant en unité de soins palliatifs. Il en ressortait que l'augmentation isolée de la flexibilité psychologique chez ces soignants avait permis d'améliorer deux sous-dimensions du burnout à savoir une diminution du sentiment de dépersonnalisation et une augmentation de la satisfaction professionnelle. Les mécanismes sous-jacents à cette apparente efficacité n'avaient pas été explorés et le faible effectif de cette étude rendait difficile toute généralisation.

En 2010, Losa Iglesias et al évaluent la relation entre évitement expérientiel et burnout dans une population de 80 infirmières espagnoles dans une unité de soins intensifs (155). Ils mettent ainsi en évidence une relation directe et significative entre évitement expérientiel et deux sous-dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel et la perte d'accomplissement personnel. La faible puissance et le monocentrisme de cette étude rendent également difficile toute extrapolation.

En 2011, une équipe Britannique explore le burnout chez 699 soignants exerçant en addictologie (156). Ils parviennent à démontrer une relation significative entre évitement expérientiel et épuisement émotionnel. Dans cette étude, la corrélation entre burnout, pleine conscience et comportements basés sur les valeurs (deux des principes de l'ACT) était plus forte qu'entre burnout et facteurs professionnels. Cela signifierait une plus grande part de responsabilité, dans le développement du burnout, aux facteurs psychologiques propres au soignant, qu'au contexte professionnel.

Une équipe Finlandaise a émis l'hypothèse en 2013 que la flexibilité psychologique pourrait représenter un médiateur intéressant entre burnout et troubles du comportement alimentaire (TCA) (157). Leur étude a montré un lien entre burnout et TCA, flexibilité psychologique et TCA et entre burnout et flexibilité psychologique. Le groupe présentant un burnout étant significativement moins flexible psychologiquement que le groupe sans burnout. La population de cette étude étant constituée exclusivement d'employées municipales de sexe féminin, les résultats sont, ici aussi, peu généralisables.

Plus récemment, en 2013, Bond a exploré le burnout de deux groupes d'employés gouvernementaux en Grande-Bretagne (70). Le groupe cas bénéficiait d'une intervention de type ACT, visant à augmenter leur flexibilité psychologique alors que le groupe contrôle ne bénéficiait d'aucune intervention. Dans le groupe cas, l'augmentation de la flexibilité psychologique s'accompagnait d'une diminution parallèle et significative de l'épuisement émotionnel.

Malgré ces quelques travaux, les liens entre flexibilité psychologique, évitement expérientiel et burnout restent très obscurs. La flexibilité psychologique étant un paramètre sur lequel il est possible d'agir via l'ACT et au regard du coût économique, démographique et institutionnel du burnout, il nous a semblé intéressant d'explorer et de préciser leurs liens.

L'ETUDE

I. Objectifs de l'étude

A. Objectif primaire : prévalence et caractéristiques du burnout dans une population d'infirmiers psychiatriques

De par la lourde charge émotionnelle et affective liée à leur travail, nous trouvons surprenant que la souffrance des IDE exerçant en psychiatrie n'ait pas fait l'objet de plus de travaux. Dans cette étude, nous nous proposons dans un premier temps d'évaluer le burnout d'une population d'IDE psychiatriques puis d'en étudier les caractéristiques.

B. Objectifs secondaires

1. Facteurs de risque de burnout d'ordre professionnel

Dans un deuxième temps, nous explorerons les facteurs de risque professionnels de burnout dans cette population d'IDE psychiatriques.

2. Rôles de la flexibilité psychologique et de l'évitement expérientiel dans le burnout

Enfin, nous évaluerons les liens éventuels entre flexibilité psychologique, évitement expérientiel et burnout dans le but de mettre en évidence des facteurs de risque de burnout propres au soignant et à son fonctionnement psychologique.

L'objectif final étant de proposer de nouveaux moyens de détection, de prévention et de traitement du burnout.

III. Matériel et méthode

A. Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale et multicentrique concernant la prévalence et les facteurs de risque de burnout chez les infirmiers psychiatriques du département du Nord.

B. Population de l'étude

La population de l'étude était composée de l'ensemble des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) travaillant depuis plus d'un an dans cinq secteurs de Psychiatrie adulte (59G06, 59G10, 59G19, 59G27 et 59G28) et une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) du département du Nord.

L'étude excluait les étudiants infirmiers et les infirmiers exerçant depuis moins d'un an en milieu psychiatrique.

Après accord des Directeurs de Soins et Cadres Supérieurs de Santé de chaque établissement, nous avons eu accès aux effectifs infirmiers de chaque secteur soit 290 Infirmiers Diplômés d'Etat exerçant au 1er juin 2014.

C. Méthode de recueil des données

1. L'envoi et le recueil

Chaque sujet de l'étude a reçu une enveloppe nominative comprenant un auto-questionnaire anonyme de 7 pages ainsi qu'une enveloppe timbrée de retour.

La distribution des enveloppes s'est déroulée entre le 1er et le 15 juillet 2014 avec retour des questionnaires exploitable jusqu'à octobre 2014.

2. Le questionnaire

Le questionnaire comprenait 5 parties distinctes :

Première partie : Présentation de l'étude et du questionnaire

La première partie était une page de présentation sur laquelle figurait l'objectif principal de l'étude, la description des différentes parties du questionnaire ainsi que des informations pratiques quant à la réalisation de l'étude.

Deuxième partie : Informations sociodémographiques et facteurs de risque professionnels de burnout

La deuxième partie comprenait un questionnaire général regroupant des informations sociodémographiques:

- Sexe
- Age
- Statut marital
- Expérience professionnelle en psychiatrie en années
- Lieu d'exercice : service d'admission en milieu ouvert (OUVERT), service d'admission en milieu fermé (FERME), service d'urgences psychiatriques (URG), Centre Médico-Psychologique (CMP), Hôpital de jour (HDJ) ou unité psychiatrique en milieu pénitentiaire (UPMP).

De par le faible effectif d'IDE travaillant exclusivement en HDJ (8), nous les avons associés à l'effectif des IDE exerçant en CMP, les conditions de travail et les facteurs de risque étant très similaires. Par contre, nous avons dû écarter les IDE travaillant en unité d'urgences psychiatriques (4), les conditions particulières de travail ne nous permettaient pas de les associer à une autre catégorie sans induire un biais supplémentaire.

- Poste : travail de jour, de nuit ou en alternance.

De par le faible effectif d'IDE travaillant exclusivement de nuit (4), nous les avons associés à l'effectif des IDE travaillant en alternance.

Cette partie recensait également les antécédents déclarés de burnout ainsi que tous les facteurs de risque subjectifs d'ordre professionnel de burnout recensés dans la littérature à savoir :

- surcharge de travail
- manque de moyens
- manque de reconnaissance
- sentiment d'insécurité
- manque d'autonomie
- manque d'implication dans les prises en charge
- manque de soutien par la hiérarchie
- manque de soutien par l'entourage
- stress
- violence au travail
- manque de formation
- sentiment d'impuissance
- sentiment de déception
- sentiment de frustration
- mauvaise ambiance d'équipe
- conflits
- fluctuation trop importante des horaires de travail
- mauvaise définition des rôles et des responsabilités.

Troisième partie : le Maslach Burnout Inventory

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) (22) ou Echelle de Mesure de l'Épuisement Professionnel du Soignant s'est imposée depuis sa création en 1981 par Maslach et Jackson comme l'échelle de référence en matière d'évaluation psychométrique du syndrome d'épuisement professionnel. Elle a depuis fait l'objet de nombreuses

réévaluations et traductions qui ont confirmé la validité, la pertinence et la force de ses propriétés psychométriques (158).

Trois variantes du MBI sont actuellement utilisées : le MBI-GS (General Survey), applicable à toutes les professions ; le MBI-ES (Educational Survey), applicable aux professionnels de l'enseignement et le MBI-HSS (Human Services Survey), spécifique aux professions d'aide (159). Nous avons utilisé pour cette étude la traduction Française du MBI-HSS, validée par Fontaine en 1985 (Annexe 7) (160).

Cet outil est composé de 22 items assortis d'une cotation en 7 points (de 0 = jamais à 6 = plusieurs fois par jour) qui évalue la fréquence d'apparition de la pensée, de l'émotion ou de l'expérience évaluée. Le MBI ne donne pas de score général de burnout mais évalue précisément les 3 sous-dimensions décrites par Maslach. Ainsi, 9 items évaluent l'épuisement émotionnel pour un score de 0 à 54 ; 5 items évaluent la dépersonnalisation pour un score de 0 à 30 et 8 items évaluent la perte d'accomplissement personnel pour un score de 0 à 48.

Selon le MBI, le sujet présente un burnout lorsqu'il obtient un score élevé pour au moins une des 3 sous-dimensions. Selon le nombre de sous-dimensions pour lesquelles le sujet présente un score élevé (entre 0 et 3), on parle de burnout absent, léger, modéré ou élevé.

Score élevé d'épuisement émotionnel si total ≥ 30 sur 54

Score élevé de dépersonnalisation si total ≥ 12 sur 30

Score élevé de perte d'accomplissement personnel si total ≤ 33 sur 48

Il a été démontré que les dimensions « épuisement émotionnel » et « dépersonnalisation » étaient corrélées positivement alors que la dimension « perte d'accomplissement personnel » était corrélée négativement aux deux autres, bien que les études divergent sur ce dernier point (15).

Quatrième partie : Le Questionnaire d'Acceptation et d'Action II

The Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) a été développé en 2006 par Bond et Hayes dans le but de mesurer la flexibilité psychologique avec plus de précision que la première version (AAQ ; 2004) de ce questionnaire (161). L'AAQ-II présente ainsi de meilleures propriétés psychométriques que l'AAQ. Nous utilisons dans cette étude la version française validée en 2009 par Monestès et Villate (Annexe 8) (162).

Cet outil comprend 10 items cotés sur une échelle de Likert à 7 points (de 1 = jamais vrai à 7 = toujours vrai). Le score de 7 de ces items étant inversé, le total possible s'étend de 10 à 70.

Les scores les plus élevés indiquent une plus grande flexibilité psychologique et inversement.

Cinquième partie : Le Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire

Le Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ) (Annexe 9) a été développé en 2011 par Gamez et Kotov comme outil de mesure de l'évitement expérientiel (163). Nous utilisons ici la traduction française, en cours de validation par Monestès, Docteur en Psychologie à l'origine de la validation de la version française de l'AAQ-II.

Cette échelle comprend 62 items cotés sur une échelle de Likert à 6 points (de 1 = tout à fait en désaccord à 6 = tout à fait d'accord), dont 13 de ces items sont inversement cotés. Le MEAQ donne un score global d'évitement expérientiel s'étendant de 62 à 372, les scores les plus élevés traduisant un plus haut niveau d'évitement expérientiel mais évalue également, avec plus de précision, 6 sous-dimensions de l'évitement expérientiel : la procrastination, l'évitement comportemental, l'aversion pour la détresse, l'endurance à la détresse, le déni et la distraction.

D. Analyse statistique

Nous avons saisi les données provenant des questionnaires reçus à l'aide du logiciel EPIDATA 3.1.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des données a été réalisée. Les données quantitatives sont présentées sous forme de moyennes \pm écarts-types, les données qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Dans un deuxième temps, après avoir identifié des facteurs de risque éventuels de burnout (par expertise clinique), des analyses bivariées ont été réalisées. Les comparaisons de moyennes ont été réalisées à l'aide du test de Student et les comparaisons de proportions ont été effectuées avec le test du Chi2.

Nous avons ainsi identifié puis évalué plusieurs variables explicatives de burnout:

- l'âge
- le sexe
- le statut marital
- l'antécédent de burnout
- le score de contrainte professionnelle : les variables « service », « poste » et « facteurs de risque subjectifs » sont apparues colinéaires. Nous avons donc éliminé du modèle les variables « service » et « poste » pour ne retenir que la variable « facteurs de risque subjectifs » afin de construire le « score de contrainte professionnel ».
- la flexibilité psychologique
- l'évitement expérientiel

Dans un troisième temps, nous avons cherché à l'aide d'un modèle multivarié lesquelles, parmi les variables citées, étaient associées significativement au burnout après ajustement. Pour cela, la méthode pas à pas (stepwise) a été utilisée : toutes les variables citées ont été introduites comme variables explicatives dans le modèle et seules les variables introduisant une valeur de p inférieure ou égale à 0,2, ainsi que l'âge et le sexe (conservés par convention) ont été conservés dans le modèle.

Les odds ratios ajustés et les intervalles de confiance à 95% ont été calculés. Le seuil de significativité des tests était fixé à 5%. Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel R version 3.0.0 (référence : R Development Core Team (2008). R : A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-00, URL <http://www.R-project.org>).

Cette thèse a bénéficié de l'aide statistique de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) Nord Pas-de-Calais.

III. Résultats

A. Participation

Sur les 290 IDE interrogés, nous avons reçu 148 questionnaires dont 144 exploitables soit un taux de réponse brut de 51% et un taux de réponse exploitable de 49,7%.

B. Statistiques descriptives

1. Caractéristiques de la population

a. Données sociodémographiques

Répartition de la population selon l'âge :

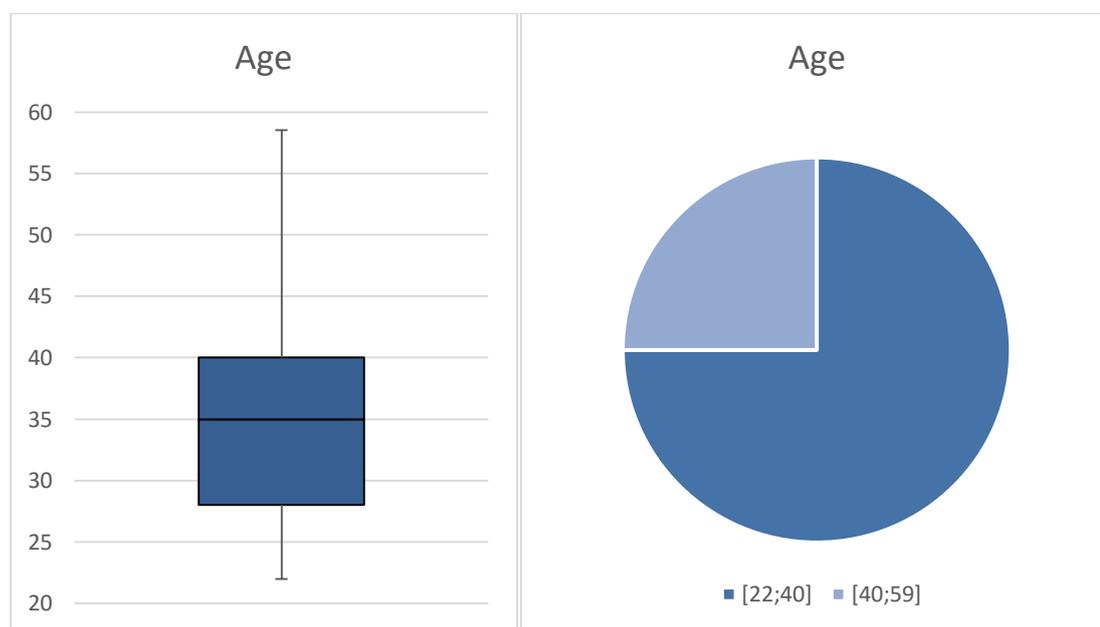


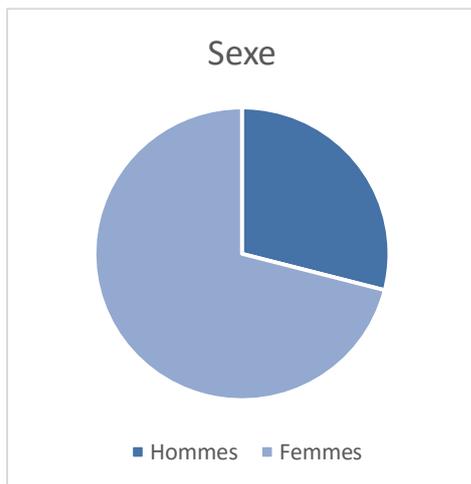
Figure 2: Répartition selon l'âge

Figure 3: Répartition par classe d'âge

L'âge moyen de la population de l'étude était de 36,2 ans avec un écart-type de 9,5 années. L'âge minimal était de 22 ans pour un âge maximal de 59 ans : $36,2 \pm 9,5$ [22;59].

75% de la population était âgée de 22 à 40 ans alors que 25% était âgée de 40 à 59 ans.

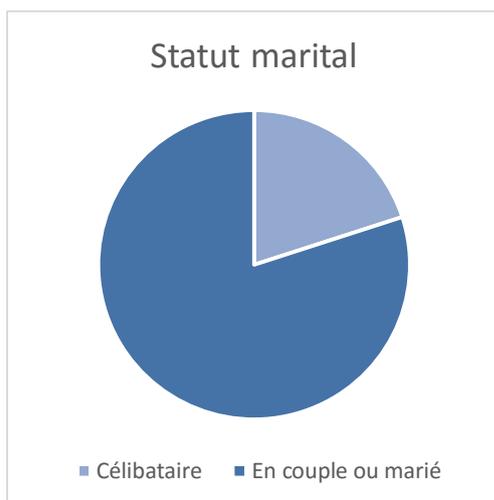
Répartition de la population selon le sexe :



La population de l'étude était composée à 71% de femmes pour 29% d'hommes.

Figure 4 : Répartition selon le sexe

Statut marital :

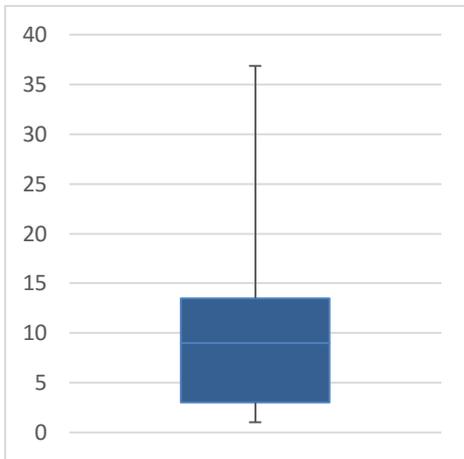


80% des IDE déclaraient être en couple ou marié(e)s lors de l'étude contre 20% célibataires.

Figure 5 : Répartition selon le statut marital

b. Données liées à l'exercice professionnel

Expérience professionnelle :



L'expérience professionnelle moyenne de cette population d'IDE était de 10,2 années pour un écart-type de 8,5 années. Les valeurs extrêmes étant de 1 et 37 années d'expérience : $10,2 \pm 9,5$ [1 ; 37].

Figure 6 : Expérience professionnelle

Type et lieu d'exercice :

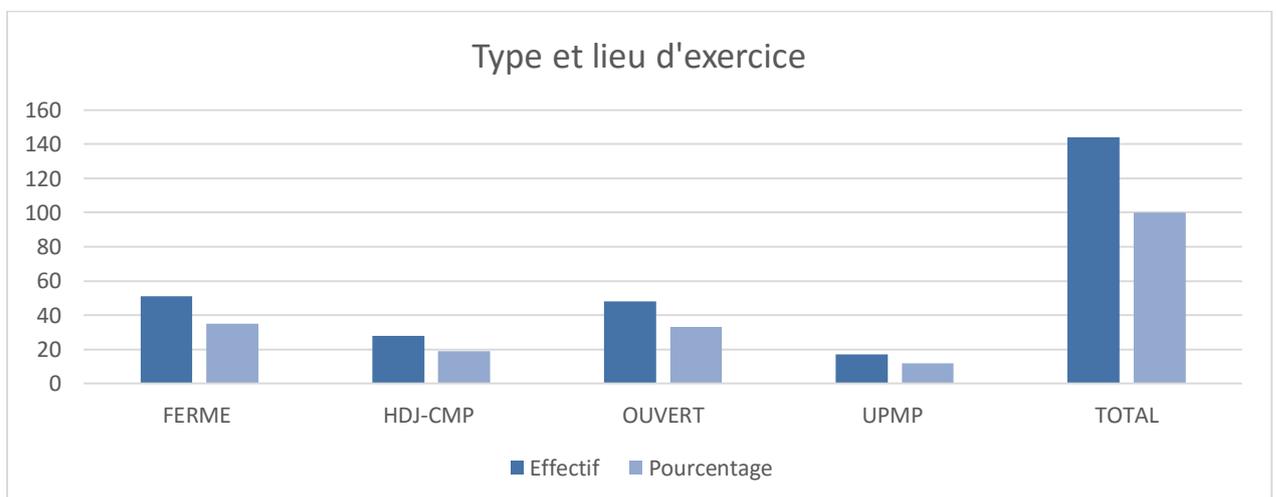


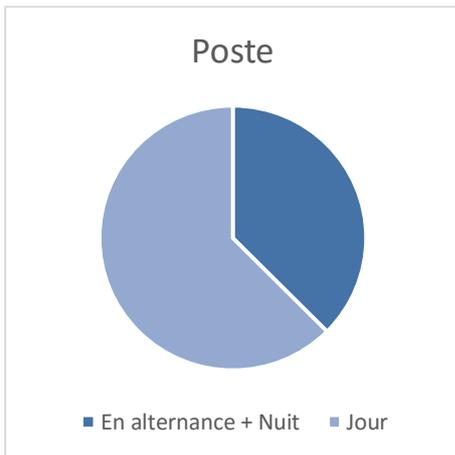
Figure 7: Répartition selon le lieu d'exercice

La population de l'étude se répartissait comme suit :

- 35% d'IDE travaillaient dans une unité d'admission en milieu fermé (FERME)
- 19% d'IDE travaillaient en Hôpital de jour (HDJ) ou en Centre médico-psychologique (CMP)

- 33% d'IDE travaillaient dans une unité ouverte d'admission (OUVERT)
- 12% d'IDE travaillaient dans une unité psychiatrique en milieu pénitentiaire (UPMP)

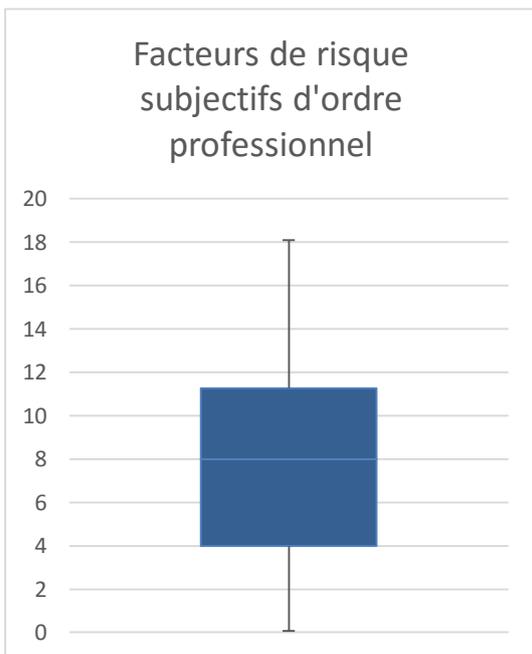
Travail posté :



62% des IDE de l'étude travaillaient exclusivement de jour alors que 38% travaillaient exclusivement de nuit ou en alternance.

Figure 8 : Répartition selon le poste

Facteurs de risque subjectifs d'ordre professionnel

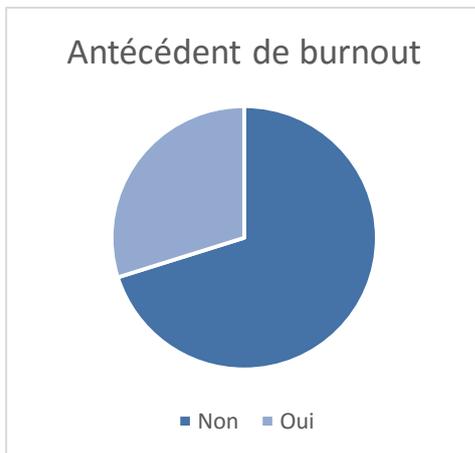


Les IDE de cette étude présentaient en moyenne 7,8 facteurs de risque subjectifs d'ordre professionnel pour un écart-type de 4,2. Les valeurs minimales et maximales étant respectivement de 0 et 18 : $7,8 \pm 4,2$ [0 ; 18].

Figure 9 : Répartition selon les facteurs de risque subjectifs d'ordre professionnel

2. Répartition du burnout

Antécédents déclarés de burnout



30% des IDE de l'étude déclaraient avoir déjà présenté un burnout au cours de leur carrière en psychiatrie.

Figure 10 : Répartition selon les antécédents déclarés de burnout

Répartition globale du burnout

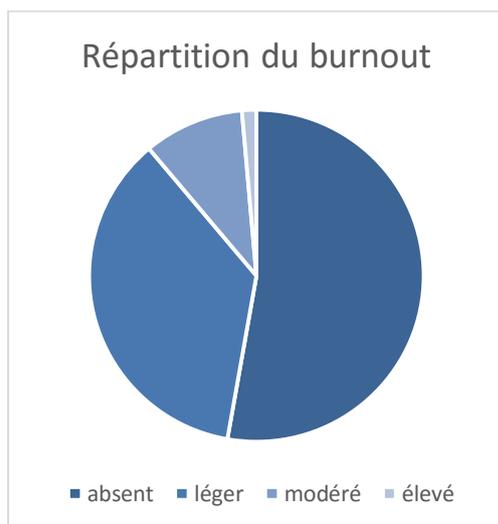


Figure 11: Répartition du burnout

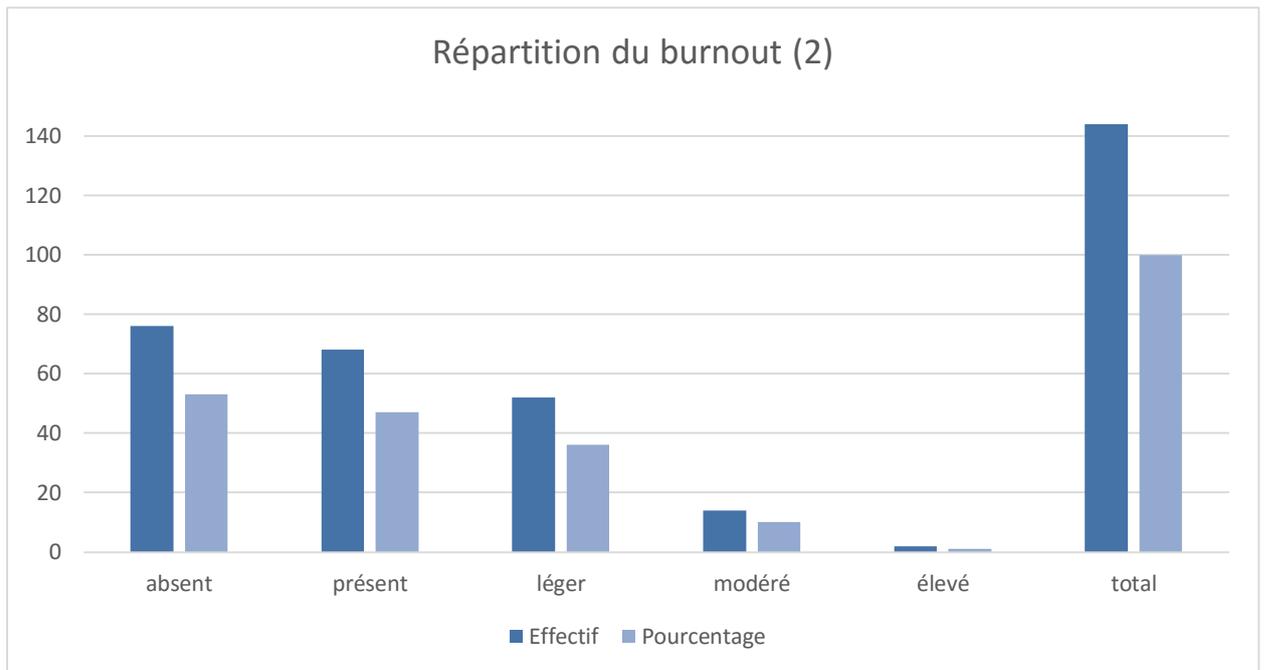


Figure 12: Répartition du burnout (2)

Sur les 144 IDE interrogés, 68 présentaient un burnout selon le Maslach Burnout Inventory soit 47,2% de la population de l'étude.

Chez les IDE avec burnout : 76,5% présentaient un burnout léger (une sous-dimension atteinte), 20,6% un burnout modéré (deux sous-dimensions atteintes) et 2,9% un burnout élevé (toutes les sous-dimensions étaient atteintes), toujours selon le MBI.

Répartition des sous-dimensions du burnout

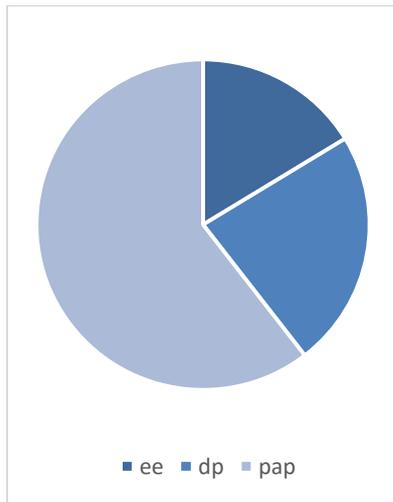


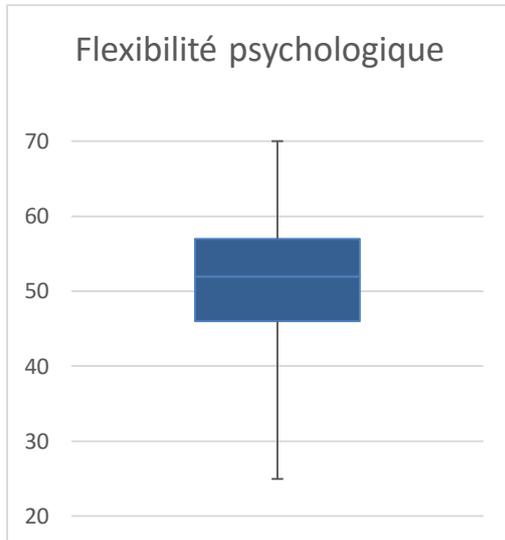
Figure 13: Répartition des sous-dimensions du burnout

- Épuisement émotionnel (ee): 10% de la population de l'étude présentait un niveau élevé d'épuisement émotionnel soit 14 IDE. La valeur moyenne était de $14,1 \pm 9,9$ [0 ; 48].
- Dépersonnalisation (dp): 14% de la population de l'étude présentait un niveau élevé de dépersonnalisation soit 20 IDE. La valeur moyenne était de 6 ± 5 [0 ; 21].
- Perte d'accomplissement personnel (pap): 36% de la population de l'étude présentait un niveau élevé de perte d'accomplissement personnel soit 52 IDE. La valeur moyenne était de $35,3 \pm 6,9$ [17 ; 48].

L'épuisement émotionnel représentait ainsi 16,3% des sous-dimensions touchées, la dépersonnalisation 23,2% et la perte d'accomplissement personnel 60,5% (Figure 12).

3. Répartition de la flexibilité psychologique et de l'évitement expérientiel

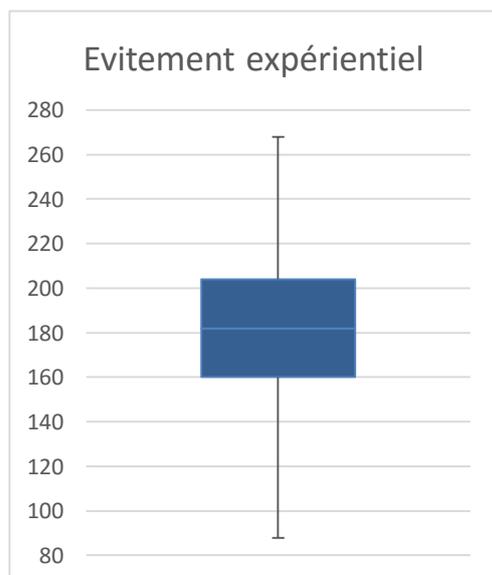
Flexibilité psychologique



La flexibilité psychologique moyenne des IDE de cette étude était de 51,3 pour un écart-type de 8, les valeurs minimale et maximale étant respectivement de 25 et 70 : $51,3 \pm 8$ [25 ; 70].

Figure 14 : Répartition de la flexibilité psychologique

Evitement expérientiel



L'évitement expérientiel moyen de la population d'IDE était de 183,5 pour un écart-type de 33, les valeurs minimale et maximale étant respectivement de 88 et 266.

Figure 15 : Répartition de l'évitement expérientiel

6 Analyses bivariées

Lors des analyses bivariées, 4 variables explicatives ont démontré un lien statistiquement significatif avec la variable burnout :

- Les antécédents déclarés de burnout
- Le score de contrainte professionnelle
- La flexibilité psychologique
- L'évitement expérientiel

Antécédents déclarés de burnout

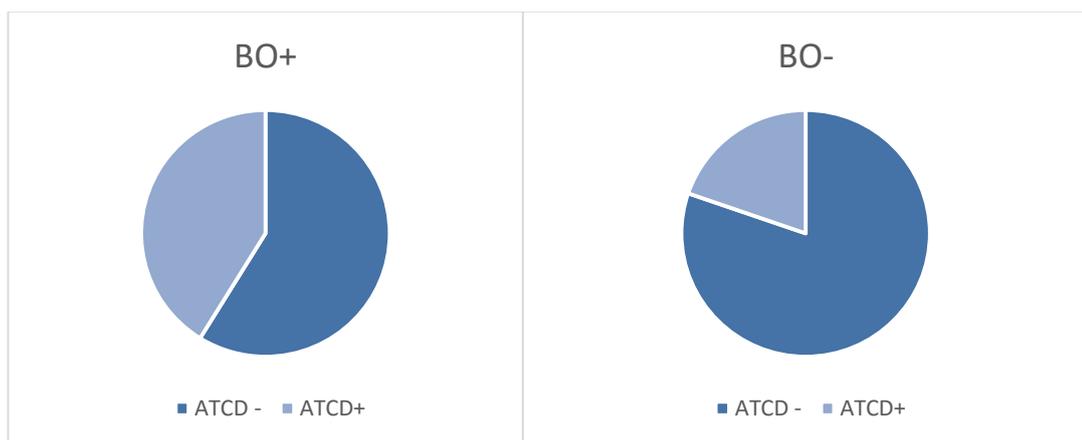


Figure 16: Liens entre antécédents déclarés de burnout et burnout actuel

41,2% des IDE présentant un burnout avaient déclaré un antécédent de burnout contre 19,7% chez les IDE sans burnout.

Test du Chi2 : $p = 0,00501$

Score de contrainte professionnelle

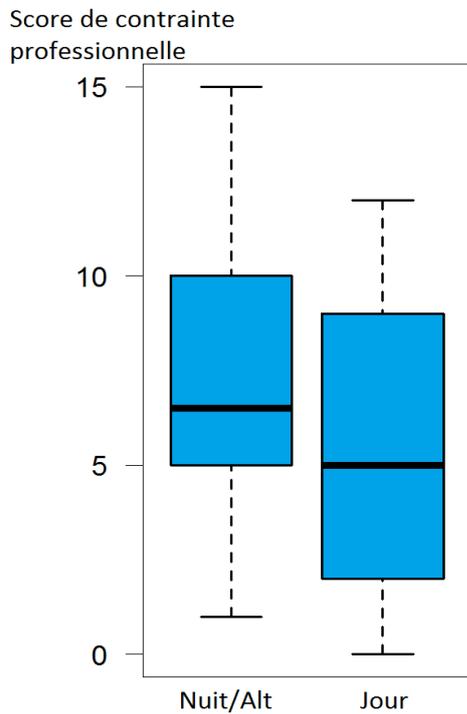


Figure 17: Liens entre score de contrainte professionnelle et travail posté

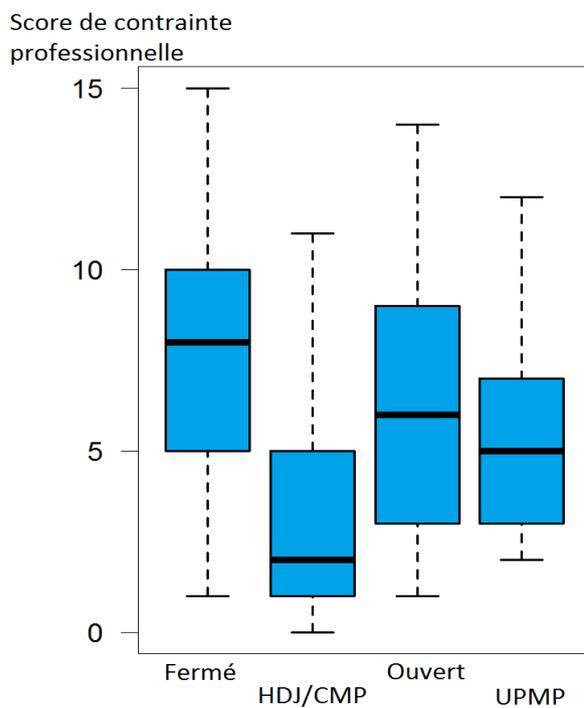
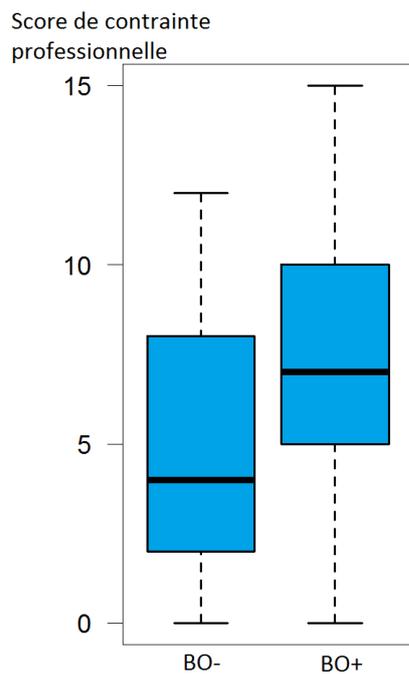


Figure 18 : Liens entre score de contrainte professionnelle et type d'activité/ service

Test de Student : $p = 0,00252$

Analyse de la variance à un facteur : $p = 3,47e^{-7}$

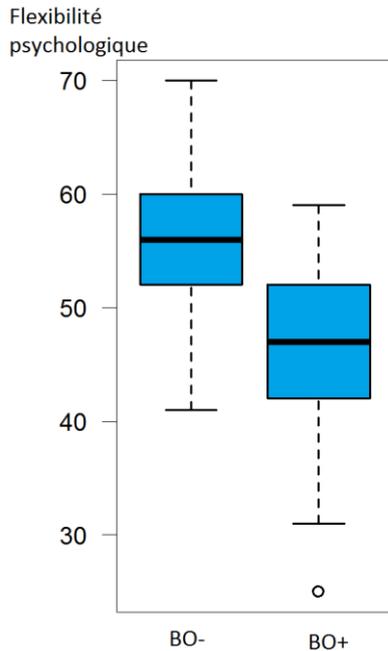
Les variables « lieu d'exercice », « travail posté » et « facteurs de risque subjectifs » se sont montrées colinéaires, nous avons donc exclus les variables « service » et « poste » au profit de la variable « facteurs de risque subjectifs » afin de construire le « score de contrainte professionnel ».



Les IDE avec burnout présentaient un score de contrainte professionnelle de $7,2 \pm 3,7$ [0;15] contre $4,9 \pm 3,4$ [0 ;12] pour les IDE sans burnout.

Test de Student : $p = 0,000194$

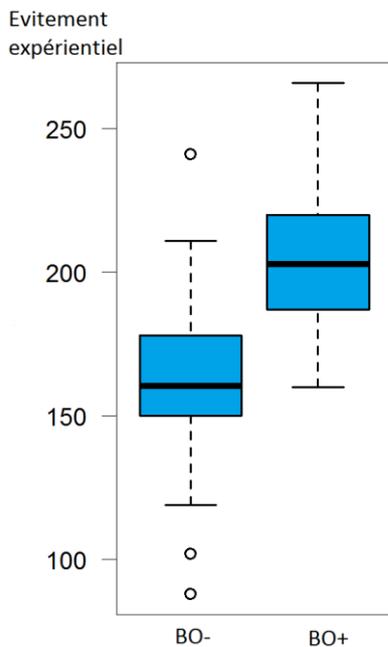
Figure 19 : Liens entre score de contrainte professionnelle et burnout

Flexibilité psychologique :

Les IDE avec burnout présentait une flexibilité psychologique moyenne de $46,3 \pm 6,9$ [25 ; 59] contre $55,7 \pm 6,1$ [41 ; 70] pour les IDE sans burnout.

Test de Student : $p = 2,19 \times 10^{-14}$

Figure 20 : Liens entre flexibilité psychologique et burnout

Évitement expérientiel

Les IDE avec burnout présentait un évitement expérientiel moyen de $205,5 \pm 25,6$ [160 ; 266] contre $163,4 \pm 25,4$ [88 ; 241] pour les IDE sans burnout.

Test de Student : $p = 9,6 \times 10^{-17}$

Figure 21 : Liens entre évitement expérientiel et burnout

Les autres variables explicatives proposées n'ont pas montré de lien significatif avec le burnout :

- Age : Test de Student : $p = 0,474$
- Sexe : Test du Chi2 : $p = 0,951$
- Statut marital : Test du Chi2 : $p = 0,352$

7 Analyses multivariées

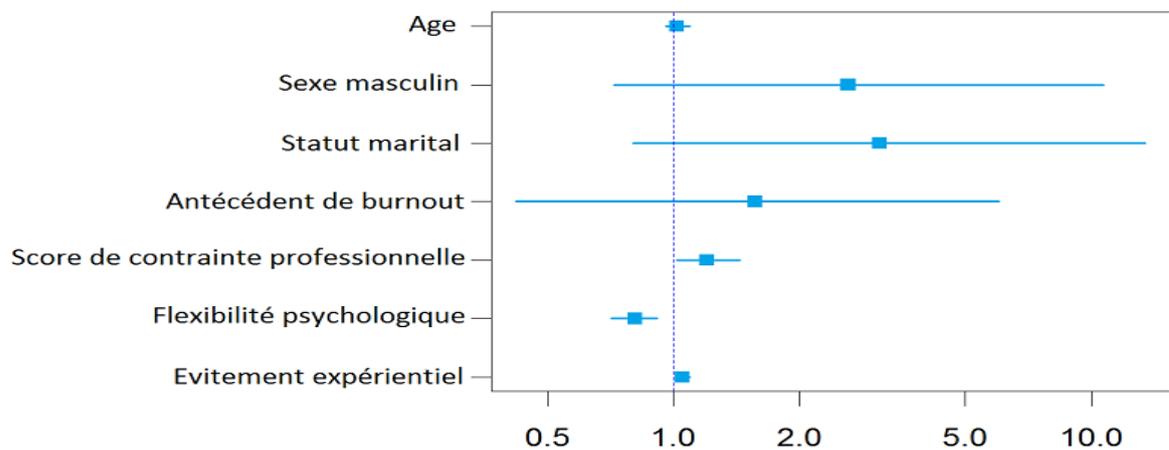


Figure 22 : Analyses multivariées

Après analyses multivariées dont un test de régression logistique, la méthode « pas-à-pas » dite du « stepwise » a permis de mettre en évidence 3 variables qualitatives interdépendantes de la variable burnout :

- Le score de contrainte professionnelle : OR = 1,2 [1,02 ; 1,44] $p = 0,0312$
- La flexibilité psychologique : OR = 0,81 [0,71 ; 0,91] $p = 7,31e^{-4}$
- L'évitement expérientiel : OR = 1,05 [1,03 ; 1,09] $p = 3,47e^{-4}$

IV. Analyse et interprétation des résultats

A. Statistiques descriptives

1. Participation

Le taux de participation (51%) est considéré comme bon et suffisant.

2. Age, sexe et expérience professionnelle

Comparée à la population infirmière régionale et nationale, la population de notre étude est particulièrement jeune : 75% des IDE de l'étude ont entre 22 et 40 ans contre 44,1% au niveau régional et 37% au niveau national (164).

L'expérience professionnelle moyenne est, par conséquent, peu importante : 10,2 années.

Le sexe masculin y est surreprésenté : 29% des IDE de notre étude sont des hommes contre 14,5% au niveau régional et 12,9% au niveau national. La représentation importante des IDE masculins peut s'expliquer par le recrutement en milieu pénitentiaire (3 unités) où la proportion d'IDE masculins est beaucoup plus importante, pour des raisons de sécurité, qu'en service psychiatrique conventionnel.

Dans notre étude : l'âge, le sexe et l'expérience professionnelle n'ont pas été retenus comme facteur de risque de burnout, ce qui minimise donc l'impact de ces particularités démographiques.

3. Répartition selon le service et le poste

Nous retrouvons une forte proportion d'IDE exerçant dans des unités considérées « à risque important de burnout » : 47% des IDE de l'étude exercent en milieu pénitentiaire ou en service fermé d'admission contre 19% exerçant en CMP ou HDJ (risque considéré comme plus faible). Cette surreprésentation des unités considérées « à risque » pourrait majorer le score de burnout final.

Nous retrouvons par contre une bonne diversité des IDE selon leur poste (jour, nuit ou les deux).

4. Répartition du burnout

Nous obtenons un taux de burnout de 47,2% avec une majorité absolue (76,5%) de burnout léger. Ce taux est plus important que celui retrouvé dans la littérature (43,2%) chez les IDE françaises. Cela pourrait indiquer que l'exercice en psychiatrie représente un facteur de risque supplémentaire de burnout chez les IDE.

La dimension du burnout la plus fréquemment atteinte est celle de la perte d'accomplissement personnel chez 60,5% des IDE, vient ensuite la dépersonnalisation pour 23,2% des IDE puis l'épuisement émotionnel pour 16,3% des IDE. Cela pourrait signifier que dans la grande majorité des cas, même si les IDE perdent leur intérêt ou leur motivation professionnelle, ils ne perdent pas pour autant leur empathie ni leur capacités de gestion des émotions.

Ce résultat va à l'encontre du modèle proposé par Maslach qui décrit le burnout comme un épuisement émotionnel qui conduirait à la dépersonnalisation puis enfin à la perte d'accomplissement personnel. Ce modèle n'a pas été retrouvé chez les IDE exerçant dans d'autres spécialités ce qui pourrait donc représenter une particularité à l'exercice en Psychiatrie et nécessite donc d'autres explorations.

5. Répartition de la flexibilité psychologique et de l'évitement expérientiel

Les taux moyens de flexibilité psychologique et d'évitement expérientiel sont totalement conformes aux moyennes retrouvées dans la littérature : La flexibilité psychologique moyenne de cette étude est de 51,3 contre 50 dans la population générale et l'évitement expérientiel moyen de 183,5 contre 185 dans la population générale.

B. Analyses bivariées et multivariées

Les variables « service », « poste » et « facteurs de risque subjectifs d'ordre professionnel » se sont montrées colinéaires, ce qui nous a contraints à créer une autre variable : le score de contrainte professionnel. Pour cela, nous avons supprimé les variables « service » et « poste » au profit de la troisième variable, les « facteurs de risque subjectifs d'ordre professionnel ».

Cette colinéarité s'explique par le fait que les difficultés rencontrées dans certains services plus « à risque » comme les services fermés d'admission et les services en milieu pénitentiaire résident dans la somme, plus importante, de ces facteurs de risque subjectifs recensés comme la confrontation à la violence, aux pathologies lourdes et la surcharge de travail.

Les analyses bivariées ont démontrées que les IDE avec burnout déclaraient plus souvent des antécédents de burnout que les IDE sans burnout. Ils présentaient également de manière statistiquement significative un score moyen de contrainte professionnelle plus important, un niveau de flexibilité psychologique moyenne plus bas et un niveau d'évitement expérientiel moyen plus élevé que les IDE exempts de burnout.

Les analyses bivariées ont donc mis en évidence 4 variables démontrant une relation statistiquement significative avec le burnout mais les analyses multivariées n'ont retenus que 3 variables interdépendantes du burnout :

- Le score de contrainte professionnel
- La flexibilité psychologique
- L'évitement expérientiel

Ainsi, plus un IDE sera soumis à des contraintes professionnelles importantes, plus il sera à risque de développer un burnout. Par extension, les unités regroupant le plus de contraintes professionnelles comme les services d'admission et les unités psychiatriques en milieu pénitentiaires sont plus à risque de burnout pour les IDE y travaillant que d'autres unités comme les CMP ou les HDJ qui présentent moins de contraintes

Quant à la relation significative entre burnout, flexibilité psychologique et évitement expérientiel, deux interprétations sont possibles :

- Plus un IDE fait preuve de flexibilité psychologique, moins il est à risque de développer un burnout et a contrario, plus un IDE fait preuve d'évitement expérientiel, plus il est à risque de burnout.
- Plus un IDE présente un burnout intense, plus il perd en flexibilité psychologique et rentre dans l'évitement expérientiel.

Ces deux interprétations du lien significatif qui relie burnout, flexibilité psychologique et évitement expérientiel renvoient au lien de causalité que notre étude n'a pas permis de déterminer.

v. Discussion

A. Points forts et limites de l'étude

1. Points forts

Les objectifs, primaire et secondaires, fixés en début d'étude ont tous été remplis.

Nous avons obtenu un taux de participation que l'on peut considérer comme bon et suffisant.

Le thème de l'étude est original : les équipes infirmières rencontrées se sont montrées particulièrement touchées que l'on s'intéresse à leur ressenti et à leur exercice, ce qui peut expliquer le bon taux de participation.

Les sujets de l'étude sont plutôt représentatifs des IDE psychiatriques car :

- L'étude est multicentrique : 16 services appartenant à 5 Centres Hospitaliers et EPSM de la région.
- Nous retrouvons une bonne diversité des activités entre service ouvert d'admission, service fermé d'admission, Centre d'Accueil et de Crise, Centre Médico Psychologique, Hôpital de Jour, Etablissement Public de Santé Mentale, Centre Hospitalier et Unités Psychiatriques en Milieu Pénitentiaire.

Les échelles utilisées (Maslach Burnout Inventory et Acceptance and Action Questionnaire-II) sont validées et reconnues sur les plans national et international.

L'étude semble suffisamment puissante a posteriori, les résultats étant significatifs dans leur majorité.

2. Biais et limites

a. Limites liées au matériel utilisé

La longueur du questionnaire (7 pages pour 4 échelles) a pu décourager certains IDE d'y répondre.

Maslach Burnout Inventory

Nous avons utilisé ici la traduction française sur une population québécoise de l'échelle originelle. Nous retrouvons ainsi des différences culturelles et certaines approximations lexicales pouvant prêter à confusion.

Il ne s'agit pas d'une évaluation clinique par un unique intervenant ou par un collègue d'experts mais d'une auto-évaluation. Il n'y a pas d'argument ou de fondement clinique, il s'agit de normes statistiques arbitraires. Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic de burnout mais d'une auto-évaluation pouvant aboutir à un biais de classement.

La 3ème dimension d' « accomplissement personnel » n'est pas toujours corrélée de manière significative aux 2 autres dimensions selon les études.

Facteur de confusion possible: il y a un risque de surestimation de la prévalence du burnout chez les IDE présentant un trouble dépressif ou anxieux isolé, sans burnout mais dont la symptomatologie pourrait venir interagir et biaiser les réponses.

Nous avons utilisé la version MBI-HSS (Human Service Survey), adaptée aux soignants mais de nombreuses études ont utilisé le MBI-GS (General Survey) afin de

pouvoir comparer différentes professions ce qui constitue un potentiel biais de classement.

Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire

Certains items sont redondants, ce qui a pu déstabiliser les répondants. La longueur de l'échelle (62 items) a pu décourager certains répondants ou limiter leur concentration.

La version française de cette échelle n'est pas encore validée. Nous avons utilisé la traduction en cours de validation, ce qui pourrait induire un biais de mesure mais les résultats concordent fortement avec ceux de l'AAQ-II, ce qui limite donc son impact.

L'utilisation d'enveloppes pré-timbrées de retour a certainement contribué à obtenir un bon taux de participation mais nous aurions pu l'améliorer en programmant une relance postale pour les non-répondants. Cela n'a pas été fait pour des raisons techniques.

b. Limites liées au recrutement

Biais d'auto-sélection : les différentes unités ont été sélectionnées selon l'expérience professionnelle de l'investigateur de l'étude.

Biais de sélection : dans la population de cette étude nous retrouvons une forte proportion d'IDE exerçant dans des unités particulièrement à risque telles que les unités d'admission et les unités psychiatriques en milieu pénitentiaire. Cette forte représentation des services dits « difficiles » a certainement influé sur les résultats globaux et majoré le taux de burnout, ces services présentant un score de contrainte professionnelle (facteur de risque indépendant de burnout) plus important que les autres.

Biais de sélection géographique : la population de l'étude est une population exclusivement régionale.

Biais de sélection par surreprésentation masculine : le choix d'inclure des IDE exerçant en milieu carcéral où la proportion d'IDE masculins est beaucoup plus importante qu'en unités psychiatriques conventionnelles a pu induire un biais de sélection. Nos résultats limitent ce biais, le sexe n'ayant pas été retenu comme facteur de risque de burnout dans les analyses bivariées puis multivariées.

Biais de désirabilité sociale : malgré l'anonymat des réponses, certains IDE ont pu répondre selon l'image d'eux-mêmes qu'ils voulaient renvoyer plutôt qu'en fonction de leurs ressentis véritables. Le fait que l'instigateur de l'étude ait travaillé directement avec certains des IDE recrutés au cours de son parcours professionnel a pu également influencer sur l'authenticité des réponses et majorer le biais de désirabilité sociale.

Effet loupe : certains IDE ne se sentant pas concernés par le burnout ont pu choisir de ne pas répondre alors que d'autres, se sentant personnellement concernés par ce phénomène ont potentiellement plus répondu, par esprit de revendication ou simplement dans le but d'exprimer leur souffrance. Cela aurait pour effet une surreprésentation des IDE avec burnout.

B. Hypothèses et ouverture

Dans la population de notre étude, constituée exclusivement d'IDE exerçant en psychiatrie, le taux de burnout est bien supérieur aux taux habituellement retrouvés dans les études sur les IDE. Nos résultats rejoignent donc la conclusion de plusieurs études citées en amont (43,50,54,55) qui identifient l'exercice en psychiatrie comme un facteur de risque indépendant d'épuisement professionnel. De plus, tous les IDE travaillant en Psychiatrie ne sont pas égaux face au burnout, le risque étant directement lié au type d'activité rencontrée.

Ainsi, grâce au « score de contrainte professionnel », il semble possible de cibler différentes populations particulièrement à risque de burnout au sein de la population infirmière, ce qui en feraient des cibles privilégiées en matière de dépistage, prévention et prise en charge du burnout.

Les résultats les plus intéressants de ce travail résident dans le lien entre flexibilité psychologique, évitement expérientiel et burnout : nous avons pu démontrer de manière statistiquement significative que les variables flexibilité psychologique, évitement expérientiel et burnout étaient interdépendantes, ce qui pourrait être expliqué par trois hypothèses :

1) La flexibilité psychologique est un facteur protecteur et l'évitement expérientiel un facteur de risque de burnout

Ceci signifierait que plus un IDE fera preuve de flexibilité psychologique, moins il sera à risque de développer un burnout et, a contrario, plus il rentrera dans l'évitement expérientiel et plus il sera à risque de présenter un burnout.

D'un point de vue théorique, faire preuve de flexibilité psychologique signifie accepter ses émotions, pensées et sensations négatives comme elles se présentent, sans chercher à les éviter ou à les combattre. Un IDE avec une bonne flexibilité psychologique présente donc de bonnes capacités de gestion de ses émotions, ce qui pourrait limiter son épuisement émotionnel, phase d'entrée dans le burnout selon Maslach. Une bonne flexibilité psychologique est également associée à plus d'actions engagées vers les valeurs du sujet, ce qui pourrait, via l'augmentation de la satisfaction personnelle, limiter la perte d'accomplissement personnel. A l'inverse, un IDE qui présente un haut score d'évitement expérientiel (stratégies d'évitements des émotions difficiles) aura plus de difficultés à gérer les expériences psychologiques douloureuses rencontrées au quotidien dans sa profession, ce qui pourrait accélérer le processus d'épuisement émotionnel par mauvaise gestion de ses émotions et celui de dépersonnalisation par une distance émotionnelle inadaptée, et donc favoriser le développement du burnout.

Ainsi, dépister les IDE présentant un niveau bas de flexibilité psychologique et/ou un niveau élevé d'évitement expérientiel permettrait d'identifier les IDE « à risque » de burnout. Ces IDE, plus vulnérables, pourraient bénéficier de techniques

d'augmentation de la flexibilité psychologique via l'ACT, ce qui pourrait prévenir l'apparition du burnout.

2) Le burnout entraîne une diminution de la flexibilité psychologique et une augmentation de l'évitement expérientiel

Selon le modèle tridimensionnel de Maslach : épuisé sur le plan émotionnel, vidé, fatigué, alternant empathie démesurée et froideur inadaptée, l'IDE en burnout va rentrer dans la dimension de dépersonnalisation, caractérisée par la mise à distance défensive des patients, la limitation des interactions sociales et des situations à risque d'apparition d'émotions négatives.

Nous faisons donc le parallèle suivant : en rentrant dans la dimension d'épuisement émotionnel, l'IDE en burnout va progressivement limiter ses capacités de gestion des émotions, diminuer sa flexibilité psychologique et, alors qu'il rentre dans le processus de dépersonnalisation, va augmenter ses conduites d'évitement expérientiel.

En théorie : utiliser l'ACT chez les IDE en burnout permettrait, via l'augmentation de la flexibilité psychologique et la diminution de l'évitement expérientiel, de réduire progressivement leurs niveaux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation jusqu'à résolution du burnout. L'ACT pourrait donc être utilisé comme outil curatif du burnout.

3) Non seulement la flexibilité psychologique représente un facteur protecteur du burnout et l'évitement expérientiel un facteur de risque mais le burnout diminue la flexibilité psychologique et augmente l'évitement expérientiel de manière réciproque

Nous pensons que les deux hypothèses précédentes ne sont pas mutuellement exclusives : un IDE présentant un faible niveau de flexibilité psychologique sera, de par une gestion inefficace des émotions, plus vulnérable au burnout. Si ce soignant développe un burnout, la dimension d'épuisement émotionnel va venir aggraver ses

capacités déjà limitées de gestion émotionnelle, ce qui aura pour effet de diminuer encore plus sa flexibilité psychologique.

Sur le versant expérientiel : un IDE ayant un niveau de base élevé d'évitement expérientiel sera plus susceptible de développer un burnout de par une mise à distance inappropriée et inefficace des évènements psychologiques douloureux. S'il développe par la suite un burnout, la dimension de dépersonnalisation entrainera progressivement une majoration des conduites d'évitement, et donc une augmentation du score d'évitement expérientiel.

Cette étude aura donc permis de mettre en évidence un lien significatif entre burnout, flexibilité psychologique et évitement expérientiel mais n'aura pas résolu la question du lien de causalité entre ces trois dimensions. D'autres études, longitudinales et de plus grande envergure, seraient nécessaires afin de préciser ce lien.

CONCLUSION

Ce travail d'analyse du burnout chez les Infirmiers Diplômés d'Etat exerçant en Psychiatrie aura mis en évidence plusieurs perspectives. Premièrement, notre étude se rapproche des travaux de Freudenberger, Veil et Cherniss : nos résultats indiquent que le burnout est lié à la rencontre entre un contexte professionnel particulièrement contraignant et un individu vulnérable de par sa gestion des émotions et des expériences psychologiques difficiles.

Nous pensons que les causes du burnout sont multifactorielles et non uniquement d'origine professionnelle.

Cette étude aura permis de mettre en lumière la vulnérabilité des infirmiers psychiatriques. Nous avons démontré que l'exercice en psychiatrie représentait un facteur de risque indépendant de burnout mais plus que la spécialité, c'est le type d'activité rencontrée qui conditionne le risque de burnout. Ainsi, les infirmiers travaillant dans certaines unités comme les services d'admission (ouverts et fermés) ou les unités psychiatriques en milieu pénitentiaire seront plus susceptibles de développer un burnout que les infirmiers exerçant en Centre Médico Psychologique ou en Hôpital De Jour, ces services « à haut risque » présentant un score de contrainte professionnel plus élevé.

Quelles que soient les difficultés professionnelles rencontrées, les soignants ne sont pas égaux face au burnout. Chaque infirmier présente un fonctionnement psychologique qui lui est propre. Ainsi, nous avons mis en évidence l'importance des facteurs individuels dans le développement du burnout. Ces facteurs individuels, la flexibilité psychologique et l'évitement expérientiel, sont statistiquement interdépendants du burnout. Agir sur l'un de ces facteurs revient à agir sur les autres et bien que nous n'ayons pas clarifié le lien de causalité entre ces trois paramètres, nous pensons qu'il serait intéressant d'étudier les effets de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT), à savoir une augmentation de la flexibilité psychologique et une diminution de l'évitement expérientiel, sur le burnout.

D'autres travaux seraient donc nécessaires. Premièrement dans le but d'explorer le lien de causalité entre burnout, flexibilité psychologique et évitement expérientiel mais surtout pour étudier les effets, que nous pensons être bénéfiques, de l'ACT sur le burnout, en préventif et en curatif.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev.* 2015 Mar;36:28–41.
2. Denis Maillard. Reconnaître le burn-out comme maladie professionnelle [cited 2015 Jun 25].
3. Esnard C, Bordel S, Somat A. Les soignants face au burnout : quelles attributions causales ? *Pratiques Psychologiques.* 2013 Sep;19(3):147–61.
4. De la santé des gens de lettres, 1768 - Samuel Auguste André David Tissot. [cited 2014 Nov 10].
5. Rothland M. *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf: Modelle, Befunde, Interventionen.* Springer-Verlag; 2013. 283 p.
6. Myers CS. *Mind and work: the psychological factors in industry and commerce.* G. P. Putman's sons; 1921. 210 p.
7. Ouvrier-Bonnaz R. L. Le Guillant. *Le drame humain du travail. Essais de psychopathologie du travail. L'orientation scolaire et professionnelle.* 2006 Dec 15;(35/4):597–600.
8. Veil C. Les états d'épuisement. "Primum non nocere." *Concours Médical.* 1959;23.
9. Principales publications de Claude Veil dans le champ de la psychopathologie du travail. *Travailler.* 2001 Mar 1;5(1):189–92.
10. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues.* 1974 Jan 1;30(1):159–65.
11. Freudenberger HJ, Richelson G. *Burn-out: the high cost of high achievement.* Bantam Books; 1981. 244 p.
12. Freudenberger HJ. *L'épuisement professionnel: la brûlure interne.* Gaëtan Morin; 1987. 190 p.
13. Maslach C. Burnout. *Human behavior.* 1976;5(9):16–22.
14. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology.* 2001;52(1):397–422.
15. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior.* 1981;2(2):99–113.

16. Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human services. Sage Publications; 1980. 204 p.
17. Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Youth Care Forum*. 1977 Jun 1;6(2):100–13.
18. Guelfi J-D. DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2004.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013. -1 p.
20. OMS | Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement. WHO. [cited 2015 Feb 2]
21. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. 1981 [cited 2014 Nov 17]
22. Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach burnout inventory. PaloAlto, CA: 1981 [cited 2014 Apr 21]
23. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. ISHK; 2003. 302 p.
24. Laugaa D, Bruchon-Schweitzer M. L'ajustement au stress professionnel chez les enseignants français du premier degré. L'orientation scolaire et professionnelle. 2005 Dec 15;(34/4):499–519.
25. Dusmesnil H, Serre BS, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. 2009 Oct 5;Vol. 21(4):355–64.
26. Plus de 3 millions de Français au bord du burn-out. *Le Monde.fr* 2014 Jan 22 [cited 2015 Jun 26].
27. Un travailleur sur dix souffre de burn-out réel. [cited 2015 Jun 26]
28. Canouï P, Mauranges A. Limites du syndrome d'épuisement professionnel. In: *Le burn out à l'hôpital*. Elsevier; 2008 [cited 2014 Apr 26]. p. 18–43
29. Canouï P. La souffrance des professionnels médico-sociaux : risque humain et enjeux éthiques du « Burnout syndrome ». 2003 [cited 2015 Feb 3].
30. Canouï P, Mauranges A. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Paris: Masson; 2008.
31. Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis*. CRC Press; 1998. 238 p.
32. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008 Aug;25(4):245–65.
33. Torgler J. *Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève*. Université de Genève; 2002.

34. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2013 Mar;32(3):175–88.
35. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997 Mar;170:205–28.
36. van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12(4):344–6.
37. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008 Sep 2;149(5):334–41.
38. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2009 Aug;167(6):422–8.
39. Estry-Behar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. *Revue française des affaires sociales*. 2011 Feb 9;4(4):27–52.
40. Brulin L, Le Pape E, Montéan R, Bélier M, Tourinel G. Gestion des risques psychosociaux et du stress professionnel du personnel hospitalier d'un HIA: repérage et prévention. *médecine et armées*. 2014;42(1):31–8.
41. Estry-Behar M, Lassaunière J-M, Fry C, de Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncologie et en gériatrie. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2012 Apr;11(2):65–89.
42. LEKADIR P. Le burn out des médecins hospitaliers (aspects historiques, cliniques et perspectives). 2013.
43. Barbier D. *Psychiatrie - Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant*. 2008 Jan 3 [cited 2014 Apr 5].
44. 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.
45. Estry-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, 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.
46. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*. 2010 Sep;36(5):420–7.
47. Doppia M-A, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes

- réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2011 Nov;30(11):782–94.
48. Mion G, Doppia M-A. Prise en charge des professionnels souffrant de burnout (podcast). *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 2014 Jun;18(3):193–200.
49. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Knesebeck O von dem. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care*. 2010 Dec;22(6):525–30.
50. Hasselhorn H-M, Müller BH, Tackenberg P. NEXT scientific report July 2005. Wuppertal The European NEXT-Study (Nurses' Early Exit Study, University of Wuppertal, NEXT-Study Coordination). 2005;1–56.
51. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2003 décembre;44(6):633–42.
52. M B, G C, F M. [The world of nursing burnout. A literature review]. *Prof Infirm*. 2004 Dec;58(2):75–9.
53. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, et al. Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2010 Oct 1;14(5):E56–62.
54. Courtial J-P, Huteau S. Le burn out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital. *Santé Publique*. 2005 Sep 1;Vol. 17(3):385–402.
55. Estry-Behar M, Duville N, Menini M-L, Le Foll S, Le Nézet O, Bocher R. Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2006 Nov;164(9):732–48.
56. Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinal S, Institut National de Recherche et de Sécurité. (I.N.R.S.). Paris. FRA. Le cout du stress professionnel en France en 2007. 2010;6p.
57. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*. 2009 Apr;17(3):331–9.
58. Estry-Behar M, others. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Étude Presst-next, Partie. 2004 [cited 2014 Dec 21].
59. Meißner A, Hasselhorn H-M, Estry-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe ? results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007 Mar;57(5):535–42.
60. Borteyrou X, Paillard E. Burnout et maltraitance chez le personnel soignant en gérontopsychiatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2014 Jun;14(81):169–74.
61. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2012 Jun 14 [cited 2015 Jun 30].

62. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. 2011 Oct 5 [cited 2015 Jun 30].
63. Drummond D. Burnout Prevention for Practicing Physicians. In: Baum N, Bonds RG, Crawford T, Kreder KJ, Shaw K, Stringer T, et al., editors. *The Complete Business Guide for a Successful Medical Practice* [Internet]. Springer International Publishing; 2015 [cited 2015 Jun 30]. p. 249–62.
64. Hansez I, Firket P. Quand la prévention du burnout passe par le management de proximité.... *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2014 Nov;75(5):519.
65. Leiter MP, Bakker AB, Maslach C. *Burnout at Work: A Psychological Perspective*. Psychology Press; 2014. 183 p.
66. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*. 1998;7(1):63–74.
67. Roberts M. Les groupes Balint. *Can Fam Physician*. 2012 Mar;58(3):246–7.
68. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout - the role of Balint groups. 2005 [cited 2014 Apr 7].
69. Furrer P. Mindfulness training in burnout prevention and performance enhancement in junior elite athletes. An exploration of the influence of mindfulness training on stress, school and sports performance, and athlete burnout among Norwegian Junior Elite Athletes. 2014 Aug 8 [cited 2015 Jun 30].
70. Lloyd J, Bond FW, Flaxman PE. The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work & Stress*. 2013 Apr;27(2):181–99.
71. Brühlmann T. Diagnostic et traitement du burnout en pratique. In: *Forum Med Suisse* 2012; 12: 955. 2012 [cited 2015 Nov 1].
72. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press; 1999. 324 p.
73. Öst L-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2008 Mar;46(3):296–321.
74. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639–65.
75. Watson JB. Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*. 1913;20(2):158–77.
76. Watson JB, Watson. *Behaviorism*. Transaction Publishers; 276 p.
77. Skinner BF. *Science And Human Behavior*. Simon and Schuster; 1965. 486 p.

78. Giurgea CE. L'héritage de Pavlov: un demi-siècle après sa mort. Editions Mardaga; 1986. 268 p.
79. Thorndike EL. Animal intelligence: An experimental study of the associative processes in animals. *The Psychological Review: Monograph Supplements*. 1898;2(4):i – 109.
80. Legrand M. Du behaviorisme au cognitivisme. *psy*. 1990;90(2):247–86.
81. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Oxford, England: Lyle Stuart; 1962. 442 p.
82. Cottraux J. Les thérapies cognitives: Comment agir sur nos pensées et nos émotions ? *RETZ*; 2011. 293 p.
83. Rusinek S, Graziani P, Servant D, Hautekeete M, Deregnaucourt I. Thérapie cognitive et schémas cognitifs : un aspect du paradoxe. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*. 2004 Sep;54(3):173–7.
84. Fontaine et Fontaine. Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. *RETZ*; 2011. 675 p.
85. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 2006 Jan;26(1):17–31.
86. Despland J-N, Zimmermann G, de Roten Y. L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies*. 2006;26(2):91.
87. Cottraux J. TCC, la nouvelle génération. 2009 Jun 1;N°15(6):23–23.
88. Gardner H. Histoire de la révolution cognitive. Payot; 1993.
89. Wells A. Metacognitive Therapy. In: Herbert JD, Forman EM, editors. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy [Internet]*. John Wiley & Sons, Inc.; 2011 [cited 2015 Feb 3]. p. 83–108.
90. Labelle R, Janelle A. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent borderline et suicidaire. *Perspectives Psy*. 2012 Nov 22;51(4):374–85.
91. Vuille P. Le modèle de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*. 2009;14(2):24–33.
92. Berghmans C, Strub L, Tarquinio C. Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2008 Jun;18(2):62–71.
93. Mirabel-Sarron C, Sala L, Dorocant ES, Docteur A. Mener une démarche de pleine conscience - Approche MBCT: Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? *Dunod*; 2012. 157 p.

94. Barberousse A, Kistler M, Ludwig P. La philosophie des sciences au XXe siècle. Flammarion; 2000 [cited 2015 Jul 19]. 353 p.
95. Hayes SC, Kohlenberg RJ, Tsai M, Schoendorff B, Grand J, Bolduc M-F. La Thérapie d'Acceptation et d'Engagement - Guide Clinique. 1re ed. De Boeck; 2011. 500 p.
96. Villa C. Thérapie d'Acceptation et d'Engagement dans la crise suicidaire : impact d'un module thérapeutique en Centre d'Accueil et de Crise. Lille 2; 2014.
97. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. Springer Science & Business Media; 2007. 285 p.
98. de Lourdes R. da F. Passos M. B. F. Skinner: The Writer and His Definition of Verbal Behavior. *Behav Anal.* 2012;35(1):115–26.
99. Skinner BF, Schlinger HD. Verbal Behavior. Echo Point Books & Media; 2014. 504 p.
100. Sidman M. Equivalence Relations and Behavior: An Introductory Tutorial. *Anal Verbal Behav.* 2009 Dec;25(1):5–17.
101. Monestès J-L, Villatte M. La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT - Jean-Louis Monestes, Matthieu Villatte sur.
102. Gross AC, Fox EJ. Relational Frame Theory: An Overview of the Controversy. *Anal Verbal Behav.* 2009 Dec;25(1):87–98.
103. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy.* 2006 Jan;44(1):1–25.
104. Neveu C, Dionne F. La thérapie d'acceptation et d'engagement, une approche nouvelle. *Revue québécoise de psychologie.* 2010;31(3):63–83.
105. Monestès J-L, Villatte M, Loas G. Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 2009 Mar;19(1):30–4.
106. Ciarrochi J, Bilich L, Godsell C. Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. 2010;51–75.
107. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review.* 2010 Nov;30(7):865–78.
108. Powers MB, Vorde Sive Vording MB Zum, Emmelkamp PMG. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom.* 2009;78(2):73–80.

109. Montgomery KL, Kim JS, Franklin C. Acceptance and commitment therapy for psychological and physiological illnesses: a systematic review for social workers. *Health Soc Work*. 2011 Aug;36(3):169–81.
110. Ruiz FJ. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2010;10(1):125–62.
111. Ducasse D, Fond G. La thérapie d'acceptation et d'engagement. *L'Encéphale*. [cited 2014 Apr 15].
112. Bach P, Hayes SC, Gallop R. Long-Term Effects of Brief Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behavior Modification*. 2012 Mar 1;36(2):165–81.
113. Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*. 2006 Mar;44(3):415–37.
114. Lance M McCracken AS. A feasibility study of brief group-based acceptance and commitment therapy for chronic pain in general practice: recruitment, attendance, and patient views. *Primary health care research & development*. 2013;1–12.
115. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*. 2007 Nov;31(6):772–99.
116. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx T a. JJ, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011 Jan;49(1):62–7.
117. Fledderus M, Bohlmeijer E, Pieterse M, Schreurs K. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2012;42(3):485–95.
118. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behav Modif*. 2011 May;35(3):265–83.
119. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther*. 2006 May;44(5):639–56.
120. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Oct;78(5):705–16.
121. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Dec;76(6):1083–9.

122. Wetherell JL, Afari N, Ayers CR, Stoddard JA, Ruberg J, Sorrell JT, et al. Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: A Preliminary Report. *Behav Ther.* 2011 Mar;42(1):127–34.
123. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther.* 2006 Mar;37(1):25–35.
124. Hayes S, Wilson K, Gifford E, Bissett R, Piasecki M, Batten S, et al. A Preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts*. *Behavior Therapy.* 2004;35(4):667–88.
125. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher L. Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2012 Feb;80(1):43–53.
126. Stotts AL, Green C, Masuda A, Grabowski J, Wilson K, Northrup TF, et al. A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Oct 1;125(3):215–22.
127. Lundgren T, Dahl J, Hayes SC. Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *J Behav Med.* 2008 Jun;31(3):225–35.
128. Lundgren T, Dahl J, Melin L, Kies B. Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa--a pilot study. *Epilepsia.* 2006 Dec;47(12):2173–9.
129. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2007 Apr;75(2):336–43.
130. Hesser H, Gustafsson T, Lundén C, Henrikson O, Fattahi K, Johnsson E, et al. A randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *J Consult Clin Psychol.* 2012 Aug;80(4):649–61.
131. Westin VZ, Schulin M, Hesser H, Karlsson M, Noe RZ, Olofsson U, et al. Acceptance and commitment therapy versus tinnitus retraining therapy in the treatment of tinnitus: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 2011 Nov;49(11):737–47.
132. Juarascio AS, Forman EM, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behav Modif.* 2010 Mar;34(2):175–90.
133. Thorsell J, Finnes A, Dahl J, Lundgren T, Gybrant M, Gordh T, et al. A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *Clin J Pain.* 2011 Oct;27(8):716–23.

134. Veehof MM, Oskam M-J, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2011 Mar;152(3):533–42.
135. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*. 2011 Sep;152(9):2098–107.
136. Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain--a randomized controlled trial. *Pain*. 2009 Feb;141(3):248–57.
137. Wicksell RK, Olsson GL, Hayes SC. Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain*. 2011 Dec;152(12):2792–801.
138. McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*. 1998 Jan;74(1):21–7.
139. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders : A functional dimensional approach to diagnosis and treatment : Development of theoretically coherent alternatives to the DSM-IV. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996;64(6):1152–68.
140. Tull MT, Gratz KL, Salters K, Roemer L. The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Nov;192(11):754–61.
141. Cribb G, Moulds ML, Carter S. Rumination and Experiential Avoidance in Depression. *Behaviour Change*. 2006 Sep;23(03):165–76.
142. Giorgio JM, Sanfilippo J, Kleiman E, Reilly D, Bender RE, Wagner CA, et al. An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: three tests of the model. *Behav Res Ther*. 2010 Oct;48(10):1021–31.
143. Orcutt HK, Pickett SM, Brooke E. Experiential avoidance and forgiveness as mediators in the relation between traumatic interpersonal events and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005;24(7):1003–29.
144. Feldner MT, Hekmat H, Zvolensky MJ, Vowles KE, Secrist Z, Leen-Feldner EW. The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: a laboratory test. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006 Jun;37(2):146–58.
145. Rawal A, Park RJ, Williams JMG. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behav Res Ther*. 2010 Sep;48(9):851–9.
146. Gratz KL, Bornovalova MA, Delany-Brumsey A, Nick B, Lejuez CW. A laboratory-based study of the relationship between childhood abuse and experiential avoidance among inner-city substance users: the role of emotional nonacceptance. *Behav Ther*. 2007 Sep;38(3):256–68.

147. Veiga-Martínez C, Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clinical Case Studies*. 2008 Apr 1;7(2):118–35.
148. Bond FW, Hayes SC, Barnes-Holmes D. Psychological Flexibility, ACT, and Organizational Behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*. 2006;26(1-2):25–54.
149. Bond FW, Bunce D. Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2001;6(4):290–302.
150. Bond FW, Flaxman PE. The Ability of Psychological Flexibility and Job Control to Predict Learning, Job Performance, and Mental Health. *Journal of Organizational Behavior Management*. 2006 Nov 7;26(1-2):113–30.
151. Bond FW, Bunce D. The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology*. 2003 décembre;88(6):1057–67.
152. Bond FW, Flaxman PE, Bunce D. The Influence of Psychological Flexibility on Work Redesign: Mediated Moderation of a Work Reorganization Intervention. *Journal of Applied Psychology*. 2008 mai;93(3):645–54.
153. Bond FW, Flaxman PE, van Veldhoven MJPM, Biron M. The Impact of Psychological Flexibility and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Health and Productivity at Work. In: Officer JHBs PGCE, MSc, Lecturer director Executive, Leka S, editors. *Contemporary Occupational Health Psychology*. Wiley-Blackwell; 2010 [cited 2015 Feb 5]. p. 296–313.
154. Ruiz O, Rios L, Martin G. Psychological intervention for professional burnout in the Palliative Care Unit at Gregorio Marañon University Hospital. *Medicina Paliativa*. 2008;15:93–7.
155. Losa Iglesias ME, Vallejo RB de B, Fuentes PS. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010 Jan;47(1):30–7.
156. Vilardaga R, Luoma JB, Hayes SC, Pistorello J, Levin ME, Hildebrandt MJ, et al. Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011 juin;40(4):323–35.
157. Nevanperä N, Lappalainen R, Kuosma E, Hopsu L, Uitti J, Laitinen J. Psychological flexibility, occupational burnout and eating behavior among working women. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2013;03(04):355–61.
158. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. 2007 décembre;33(6):947–53.
159. Maslach Burnout Inventory, 3rd Edition [Internet]. [cited 2014 Nov 23].

160. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 1994;26(2):210.
161. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*. 2011 décembre;42(4):676–88.
162. Monestès J-L, Villatte M, Mouras H, Loas G, Bond FW. Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*. 2009 Oct;59(4):301–8.
163. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*. 2011;23(3):692–713.
164. Sicart D. Les professionnels de santé au 1er janvier 2014. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2014 Juin.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques DSM-5 du trouble dépressif caractérisé

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex, se sent triste ou vide) ou observée par les auteurs (p.ex., pleure). NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue).
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (p.ex deuil, ruine, perte au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

- D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.
- E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

L'épisode dépressif caractérisé est ensuite précisé selon son caractère :

- Isolé 296.2/F32
- Récurrent 296.3/F33
-

Puis

- Léger +.01/.0
- Moyen +.02/.1
- Grave +.03/.2
- Avec caractéristiques psychotiques +.04/.3
- En rémission partielle +.05/.4
- En rémission complète +.06/.5
- Non spécifié +.00/.9

Enfin, il est possible de spécifier l'épisode dépressif caractérisé avec :

- Détresse anxieuse
- Caractéristiques mixtes

- Caractéristiques mélancoliques
- Caractéristiques atypiques
- Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- Caractéristique psychotiques non congruentes à l'humeur
- Catatonie
- Début lors du péripartum
- Caractère saisonnier

Annexe 2 : Critères diagnostiques DSM-5 de l'anxiété généralisée

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois).

NB : Un seul item est requis chez l'enfant

- a. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
 - b. Fatigabilité.
 - c. Difficultés de concentration ou trous de la mémoire.
 - d. Irritabilité.
 - e. Tension musculaire.
 - f. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, agité et non satisfaisant)
- D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p.ex hyperthyroïdie).
 - F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p.ex anxiété ou soucis d'avoir une attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'évènements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

Code DSM-5 : 300.02/F41.1

Annexe 3 : Critères diagnostiques DSM-5 du trouble panique

- A. Attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

NB : La montée brusque peut survenir dans un état de calme ou d'anxiété

- a. Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque
- b. Transpiration
- c. Tremblements ou secousses musculaires
- d. Sensation de « souffle coup » ou impression d'étouffement
- e. Sensation d'étranglement
- f. Douleur ou gêne thoracique
- g. Nausée ou gêne abdominale
- h. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
- i. Frissons ou bouffées de chaleur
- j. Paresthésies (sensation d'engourdissement ou de picotements)
- k. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- l. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou »
- m. Peur de mourir

NB : des symptômes en lien avec la culture (p.ex acouphènes, douleur au cou, céphalées, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être observés. De tels symptômes ne peuvent pas compter pour un des quatre symptômes requis.

- B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou l'autre des symptômes suivants :
- a. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leur conséquences (p.ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
 - b. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques de panique (p.ex. comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique, tel que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).
- C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex substance donnant lieu à un abus, médicament) ou d'autre affection médicale (p.ex. hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire).
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p.ex l'attaque de panique ne survient pas exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées

comme dans l'anxiété sociale, ou en réponse à des objets ou situations phobogènes spécifiques, comme dans la phobie spécifique, ou en réponse à des obsessions comme dans un trouble obsessionnel-compulsif, ou en réponse à un rappel d'évènement traumatique, comme dans un trouble stress post-traumatique, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement comme dans l'anxiété de séparation).

A noter : l'attaque de panique est une spécification pouvant survenir dans le contexte de n'importe quel trouble anxieux ainsi que dans d'autres troubles mentaux.

Code DSM-5 : 300.01/F41.0

Annexe 4 : Critères diagnostiques DSM-5 de l'agoraphobie

- A. Peur ou anxiété marquée pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :
 - a. Utiliser les transports en commun (p.ex. voitures, bus, trains, bateaux, avions)
 - b. Etre dans des endroits ouverts (p.ex. parking, marchés, ponts)
 - c. Etre dans des endroits clos (p.ex. magasins, théâtres, cinémas)
 - d. Etre dans une file d'attente ou dans une foule
 - e. Etre seul à l'extérieur du domicile
- B. La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (p.ex. peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence).
- C. Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété.
- D. Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitant la présence d'un accompagnant ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socioculturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement 6 mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement causant une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. Si une autre affection médicale (p.ex. maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement excessifs.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental ; par exemple, les symptômes ne sont pas limités à une phobie spécifique, de type situationnel, ne sont pas uniquement présents dans les situations sociales (comme dans l'anxiété sociale) et ne sont pas liée exclusivement à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), à des perceptions de défauts ou d'imperfections dans l'apparence physique (comme dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle), à des rappels d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique) ou à une peur de la séparation (comme dans l'anxiété de séparation).

NB : l'agoraphobie est diagnostiquée indépendamment de la présence d'un trouble panique. Si la présentation clinique d'une personne remplit les critères pour un trouble panique et une agoraphobie, les deux diagnostics doivent être retenus.

Code DSM-5 : 300.22/F40.00

Annexe 5 : Critères diagnostiques des phobies

Annexe 5.1 : Critères diagnostiques DSM-5 de la phobie spécifique

- A. Peur ou anxiété intense à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p.ex. prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).

NB : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.

- B. L'objet ou la situation phobogène provoque toujours ou presque une peur ou une anxiété immédiate.
- C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense..
- D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants..
- G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associées à des symptômes semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le trouble de stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation) ou des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale).

Par la suite, le code est déterminé selon le stimulus phobogène :

- Animal : 300.29/F40.218
- Environnement naturel : 300.29/F40.228
- Sang-injection-accident : 300.29/F40.23x
- Situationnel : 300.29/F40.248
- Autre 300.29/F40.298

Annexe 5.2 : Critères diagnostiques DSM-5 de l'anxiété sociale

- A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p.ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p.ex. en train de boire ou de manger) et des situations de performance (p.ex. faire un discours).

NB : Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.

- B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p/ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à une rejet par les autres ou à les offenser).

- C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

NB : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par les pleurs, des accès de colère, ou des réactions de figement : l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.

- D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec peur ou une anxiété intense.

- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables à aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. substance donnant lieu à un abus, médicament) ni à une autre affection médicale.

- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement en sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.

- J. Si une autre affection médicale (p.ex. maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Spécifier :

Seulement de performance si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public.

Code DSM-5 : 300.23/F40.10

Annexe 6 : Critères diagnostiques DSM-5 du trouble obsessionnel - compulsif

A. Présence d'obsessions, de compulsions ou des deux :

Obsession définie par 1 et 2 :

1 : Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à un certain moment de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.

2 : Les sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions (c'est-à-dire en faisant une compulsion).

Compulsions définie par 1 et 2 :

1 : Comportements répétitifs (p.ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p.ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

2 : Les comportements ou actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un évènement ou une situation redoutée, cependant ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

NB : les jeunes enfants peuvent être incapables de formuler les buts de ces comportements ou actes mentaux.

B. Les obsessions ou compulsions sont à d'une perte de temps considérable (p.ex. prennent plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. substance donnant lieu à un abus, médicament) ni à une autre affection médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (p.ex. soucis excessif dans l'anxiété généralisée, une préoccupation avec l'apparence dans l'»obsession d'une dysmorphie corporelle, une difficulté à se débarrasser ou à se séparer de possessions dans la thésaurisation, pathologique (syllomanie), le fait de s'arracher les cheveux dans la trichotillomanie, le fait de se provoquer des excoriations dans la dermatillomanie [trituration pathologique de la peau], des stéréotypies dans les mouvements stéréotypés, un comportement alimentaire ritualisé dans les troubles alimentaires, une préoccupation avec une substance ou le jeu d'argent dans les troubles liés à une substance et troubles addictifs, la préoccupation d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie, des pulsions ou des fantasmes sexuels dans les troubles paraphiliques, des impulsions dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, des ruminations de culpabilité dans le trouble dépressif caractérisé, des préoccupations délirantes

ou des pensées imposées dans le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, ou des schémas répétitifs de comportement comme dans le trouble du spectre de l'autisme).

Spécifier si :

- Avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou insight
- Avec mauvaise prise de conscience ou insight
- Avec absence de prise de conscience ou insight/ avec présence de croyances délirantes.

Spécifier si en relation avec des tics.

Code DSM-5 : 300.3/F42

Annexe 7 : Critères diagnostiques CIM-10 de la neurasthénie

Fatigabilité mentale accrue après un effort intellectuel minime, s'accompagnant de difficultés à rassembler ses idées et à se concentrer, ou un état d'épuisement physique après des efforts minimes.

Au moins deux des sept symptômes suivants doivent en outre être présents :

- Douleurs musculaires
- Céphalées de tension
- Vertiges
- Troubles du sommeil
- Irritabilité
- Incapacité à se détendre
- Dyspepsie

Il ne doit y avoir aucun trouble dépressif ou anxieux concomitant.

Code CIM 10 : F48.0

Annexe 8: Le Maslach Burnout Inventory

Maslach Burnout Inventory

Echelle de mesure de l'Épuisement Professionnel du Soignant
Développée par Maslach C et Jackson S ; traduite par Fontaine

Voici une liste d'affirmations. Merci d'évaluer à quel point ces affirmations sont fréquentes en reportant le chiffre correspondant à votre réponse.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais	Quelques fois par an, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Tous les jours

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 autre 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 ragaillardi(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 émotionnellement très calmement	
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes	

Annexe 9 : Le Questionnaire d'Acceptation et d'Action II

Questionnaire d'Acceptation et d'Action : AAQ-II

Développé par F.Bond, S.Hayes et R.Baer ; traduit par J.L.Monestès, M.Villate et H.Mouras

Voici une liste d'affirmations. Merci d'évaluer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en reportant le chiffre qui correspond à votre réponse.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais vrai	Très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai	Toujours vrai

1. Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir.	
2. Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire.	
3. J'ai peur de mes émotions.	
4. J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions.	
5. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir	
6. J'ai le contrôle de ma vie.	
7. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie.	

8. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi.	
9. Mes soucis m'empêchent de réussir.	
10. Mes pensées et mes émotions ne m'empêchent pas de vivre ma vie comme je le veux.	

Annexe 10 : Le Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire

Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire

Développé par Gámez, W; Chmielewski, M; Kotov, R; Ruggero, C & Watson, D.

Traduite par Monestès, JL ; Baeyens, C ; Cheval, S & Villatte, M

Voici plusieurs affirmations, merci d'indiquer votre degré d'accord en reportant le chiffre correspondant à votre réponse.

1	2	3	4	5	6
Tout à fait en désaccord	Moyennement en désaccord	Légèrement en désaccord	Légèrement d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord

1. Je m'abstiens de faire quelque chose si je pense que ça va me mettre mal à l'aise.	
2. Si je pouvais supprimer tous mes souvenirs douloureux d'un coup de baguette magique, je le ferais.	
3. Quand quelque chose de bouleversant arrive, je fais tout mon possible pour arrêter d'y penser.	
4. J'ai parfois du mal à identifier ce que je ressens.	
5. J'ai tendance à remettre à plus tard les choses désagréables que je dois faire.	
6. Les gens devraient affronter leurs peurs.	
7. Etre heureux signifie ne jamais ressentir de douleur ou de déception.	
8. J'évite les activités qui présentent le moindre risque de me faire souffrir.	
9. Quand j'ai des pensées négatives, j'essaie de me remplir la tête avec quelque chose d'autre.	

10. Il est déjà arrivé qu'on me dise que j'étais dans le déni.	
11. Il m'arrive de procrastiner pour éviter d'affronter les problèmes.	
12. Même lorsque cela me met mal à l'aise, je n'interromps pas mes efforts pour avancer en direction des choses qui comptent pour moi.	
13. Quand j'éprouve de la souffrance, je ferais n'importe quoi pour me sentir mieux.	
14. J'entreprends rarement des choses qui pourraient me bouleverser.	
15. J'essaie habituellement de me changer les idées lorsque je ressens quelque chose de douloureux.	
16. Je suis capable de « débrancher » mes émotions lorsque je ne veux pas les ressentir.	
17. Quand j'ai quelque chose d'important à faire, je me retrouve à faire plein d'autres choses à la place.	
18. Je suis prêt à supporter la souffrance et à me sentir mal à l'aise pour obtenir ce que je veux.	
19. Pour être heureux, il faut se débarrasser de ses pensées négatives.	
20. Je fais beaucoup d'efforts pour éviter les situations qui pourraient faire apparaître en moi des émotions et des pensées désagréables.	
21. Je ne me rends pas compte que je suis anxieux jusqu'à ce que d'autres personnes me le disent.	
22. Quand des souvenirs pénibles me reviennent, j'essaie de me concentrer sur autre chose.	
23. J'ai une bonne perception de mes émotions.	
24. Je suis prêt(e) à souffrir pour les choses qui comptent à mes yeux.	
25. Un de mes objectifs principaux est de ne pas ressentir d'émotions douloureuses.	
26. Je préfère m'en tenir aux activités dans lesquelles je me sens à l'aise plutôt que d'en essayer de nouvelles.	
27. Je fais beaucoup d'efforts pour éviter les émotions pénibles.	
28. On me dit parfois que j'ai du mal à reconnaître que j'ai des problèmes.	
29. La peur ou l'anxiété ne m'empêcheront jamais de faire quelque chose d'important.	

30. J'essaie de régler les problèmes dès qu'ils arrivent.	
31. Je ferais n'importe quoi pour être moins stressé(e).	
32. Si j'ai le moindre doute à propos de quelque chose que je dois ou que je pourrais faire, je ne le fais pas.	
33. Quand des souvenirs désagréables me reviennent, j'essaie de les enlever de mon esprit.	
34. A notre époque, les gens ne devraient plus être confrontés à la souffrance.	
35. Les autres me disent parfois que je réprime mes émotions.	
36. J'essaie de repousser aussi longtemps que possible les choses désagréables que j'ai à faire	
37. Même lorsque cela m'est douloureux, je continue à faire ce que j'ai à faire.	
38. Ma vie serait formidable si je n'étais jamais anxieux(-se).	
39. Dès que je me sens pris(e) au piège dans une situation, je fuis immédiatement.	
40. Quand une pensée négative apparaît, j'essaie immédiatement de penser à autre chose.	
41. J'ai du mal à savoir ce que je ressens.	
42. Je ne fais pas les choses tant que je n'y suis pas obligé(e).	
43. Je ne laisse pas la douleur et le malaise m'empêcher d'obtenir ce que je veux.	
44. Je suis prêt à beaucoup sacrifier pour ne pas me sentir mal.	
45. Je fais tout ce que je peux pour éviter les situations désagréables.	
46. Je peux bloquer mes émotions lorsqu'elles sont trop fortes.	
47. Pourquoi faire aujourd'hui ce qu'on peut remettre au lendemain.	
48. Je suis prêt(e) à supporter d'être triste pour obtenir ce que je veux.	
49. On m'a déjà dit que je « fais l'autruche ».	
50. La douleur conduit toujours à la souffrance.	
51. Si je me trouve dans une situation légèrement inconfortable, j'essaie de partir immédiatement.	
52. Quand il arrive que j'aille mal, il me faut beaucoup de temps pour m'en apercevoir.	
53. Je continue à poursuivre mes objectifs même si j'ai des doutes.	

54. J'aimerais pouvoir me débarrasser de toutes mes émotions négatives.	
55. J'évite les situations dans lesquelles je pourrais me sentir nerveux(-se).	
56. Je me sens déconnecté de mes émotions.	
57. Je ne laisse pas mes pensées moroses m'empêcher de faire ce que je veux.	
58. Le secret d'une belle vie est de ne jamais ressentir de douleur.	
59. Je m'échappe rapidement de toute situation qui me met mal à l'aise.	
60. On m'a déjà dit que je n'ai pas conscience de mes problèmes.	
61. J'espère vivre sans éprouver aucune tristesse ni déception.	
62. Quand je travaille sur quelque chose d'important, je n'abandonne pas, même si je rencontre des difficultés.	

AUTEUR : Nom : CAUDRON

Prénom : Mathieu

Date de Soutenance : mardi 19 avril 2016

Titre de la Thèse : Burnout chez les infirmiers exerçant en psychiatrie : état des lieux, facteurs de risque et apports du concept de flexibilité psychologique.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Psychiatrie adulte

DES + spécialité : DES de Psychiatrie

Mots-clés : burnout, épuisement professionnel, infirmiers, IDE, Psychiatrie, facteurs de risque, flexibilité psychologique, évitement expérientiel, ACT, Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

Contexte: Les Infirmiers (IDE) exerçant en psychiatrie sont soumis à de nombreux facteurs de stress comme la surcharge de travail, la confrontation à la souffrance psychique et à la violence. L'objectif de cette étude est d'évaluer le burnout (BO) au sein de cette population, d'en identifier les facteurs de risque (FDR) puis d'évaluer les apports éventuels du concept de flexibilité psychologique (FP).

Méthode : Il s'agissait d'une étude épidémiologique, transversale et multicentrique, concernant 290 IDE de la région Nord exerçant en psychiatrie. Chaque IDE a reçu un auto-questionnaire anonyme évaluant le niveau de BO selon le Maslach Burnout Inventory, la FP selon le Questionnaire d'Acceptation et d'Engagement-II et l'évitement expérientiel (EE) selon le Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. Nous avons réalisé une analyse descriptive des données ainsi que des analyses bivariées (test de Student et du Chi-2) puis multivariées avec test de régression logistique.

Résultats: Le taux de réponse était de 51%, le taux de BO selon le MBI était de 47,2 %. La perte d'accomplissement personnel était la sous-dimension la plus touchée (60,5%) devant la dépersonnalisation (23,2%) et l'épuisement émotionnel (16,3%). Les IDE avec BO présentaient de manière statistiquement significative un score de contrainte professionnelle (SCP) supérieur aux IDE sans BO : $7,2 \pm 3,7$ [0;15] contre $4,9 \pm 3,4$ [0 ;12] $p = 1,94e-4$, un niveau de FP plus faible : $46,3 \pm 6,9$ [25 ; 59] contre $55,7 \pm 6,1$ [41 ; 70] $p = 2,19e-14$ et un niveau d'EE plus élevé : $205,5 \pm 25,6$ [160 ; 266] contre $163,4 \pm 25,4$ [88 ; 241] $p = 9,6e-17$. Les analyses multivariées ont démontré que ces trois variables qualitatives étaient interdépendantes du BO. SCP: OR = 1,2 [1,02 ; 1,44] $p = 0,0312$; FP: OR = 0,81 [0,71 ; 0,91] $p = 7,31e-4$ et EE: OR = 1,05 [1,03 ; 1,09] $p = 3,47e-4$.

Discussion: Cette étude montre que le BO est bien lié à la rencontre entre un environnement professionnel particulièrement contraignant et un individu vulnérable de par sa gestion des émotions. Plus que les autres, les IDE psychiatriques sont à risque de développer un BO mais tous ne sont pas égaux. Deux types de FDR de BO ressortent : les FDR professionnels lié au SCP des services de soins et les FDR individuels : faible niveau de FP et/ou haut niveau d'EE. L'intérêt de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) en traitement préventif et curatif du BO via une augmentation de la FP et une diminution de l'EE est discuté.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS
Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA
Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN
Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME