



S

Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT

Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
« SOIGNER LES SOIGNANTS »

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 24 novembre 2017
Par le Docteur André BADOUL

**L'EXERCICE DE LA MEDECINE PALLIATIVE EST-IL
SOURCE DE "BURN-OUT" CHEZ LES MEDECINS ?**

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

1. INTRODUCTION

- Des enquêtes dans le milieu des soins palliatifs ont déjà été réalisées sur l'épuisement professionnel, dit « burn-out », mais surtout pour les « soignants » des services, à savoir IDE, aides soignant(e)s et agents hospitaliers. Les études concernant les médecins eux-mêmes sont rares et de conclusions contradictoires :
 - Madeleine ESTRYN-BEHAR a montré que les médecins travaillant en soins palliatifs sont MOINS touchés par le burn-out que la moyenne de la profession, mais c'était avant la loi Claeyss-Léonetti. D'autres auteurs français (DREANO-HARTZ et coll.) ont confirmé ce résultat dans une étude réalisée entre juillet 2012 et février 2013.
 - Ce résultat semble également confirmé dans le mémoire de Clarisse LITTRÉ pour le DESC de médecine de la douleur et médecine palliative, concluant au faible impact de syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants au sein de l'USP de la Martinique mais affirmant cependant la notion de « souffrance » induite par des prises en charge complexes.
 - Pourtant la thèse de doctorat en médecine de Bénédicte BARBARIN soulignait l'existence certaine du burn-out, à un score élevé, chez les internes de médecine générale nantais en 2008 (donc milieu plus général non spécifique aux soins palliatifs).
 - Une étude singapourienne de 2015 concluait quant à elle, à une atteinte significative par burn-out et souffrance psychologique chez les soignants (y compris les médecins) en milieu palliatif, d'autant plus marquée que la durée de temps de travail dépassait les 60 heures hebdomadaires.

- MOTA-VARGAS et coll. ont réalisé une étude qualitative par entretiens semi-directifs chez 10 professionnels des soins palliatifs exerçant en Estrémadure (Espagne) et sont arrivés à la conclusion que, au cours de leur activité professionnelle, **les professionnels des soins palliatifs suivent une série de phases différentes selon le rapport entre les conséquences traumatisantes de leur exercice et la satisfaction des soins**, ce qui peut influencer sur les soins prodigués aux patients et aux familles ainsi que sur leur situation personnelle. Être conscient de ce risque et mettre en place des stratégies d'auto-soins, peut, pour les auteurs, protéger les professionnels et leur permettre de mener leur travail de manière optimale. « **Réfléchir sur les expériences de ces professionnels pourrait être utile pour d'autres professionnels de la santé.** »
- L'étude réalisée par LE RAY-LANDREIN et coll. sur le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs trouve presque un tiers (32,5%) des soignants affectés par au moins une dimension de burn-out, le plus souvent s'agissant de l'accomplissement personnel. Selon les auteurs, il y a lieu de s'interroger sur l'importance à accorder au sentiment d'accomplissement personnel au travail et les mesures à envisager pour y contribuer ; s'interroger aussi sur le modèle de l'épuisement professionnel à 3 dimensions.
- **Motivation du sujet** : dans le cadre de ma propre activité professionnelle, avec participation à une RCP hebdomadaire au sein d'un « réseau » départemental de soins palliatifs, permettant des échanges interprofessionnels (médecins, mais aussi psychologues, cadres infirmiers, assistantes sociales, étudiants en formation) sur des dossiers posant des problèmes soit médicaux, soit éthiques, soit d'ordre social, on a pu percevoir des questionnements de la part de médecins pouvant faire supposer une souffrance intérieure, en particulier concernant la décision de « sédation profonde et continue jusqu'au décès » exprimée dans la loi

Claeys-Léonetti de février 2016 qui nécessite des conditions précises restrictives : une souffrance réfractaire ; un pronostic vital engagé à court terme ; une procédure collégiale de mise en œuvre .

Le but de cette enquête était en particulier de savoir si la modification de la loi, avec l'introduction de cette « sédation profonde et continue jusqu'au décès », pouvait être un facteur de stress professionnel chez les médecins acteurs décisionnaires en soins palliatifs et aboutir à un risque de « burn-out » dont nous rappellerons brièvement la définition et les critères

- C'est Herbert FREUDENBERGER, psychologue et psychothérapeute américain, qui fut un des premiers à s'intéresser à la fin des années 70 au retentissement de l'activité professionnelle chez des travailleurs à caractère social, aboutissant à un épuisement de la personne qu'il compare au résultat d'un incendie, le « burn-out » : « *En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte*" (L'épuisement professionnel : La brûlure interne, page 3)
- Les travaux de Christina MASLACH, autre psychologue américaine, ont par la suite permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions : **l'épuisement émotionnel**, **le cynisme vis-à-vis du travail** ou **dépersonnalisation** (déshumanisation, indifférence), enfin **la diminution de l'accomplissement personnel au travail** ou réduction de l'efficacité professionnelle. Certains auteurs apportent la réflexion d'une nécessité de s'interroger sur la pérennité du modèle de burn-out à 3 dimensions (Le Ray-Laudrein et coll.).

- Le syndrome d'épuisement professionnel peut faire l'objet d'évaluations quantitatives : différentes échelles ont été conçues, les plus fréquemment utilisées font l'objet du questionnaire MBI (Maslach Burnout Inventory) ; ou du CBI (Copenhagen Burnout Inventory) ; mais il en existe plusieurs autres : BM ou Burnout Measure / OLBI ou Oldenburg Burnout Inventory / SMBM ou Shirom-Melamed Burnout Measure / ...

2. MÉTHODE :

- Une méthodologie qualitative a été choisie pour ce travail qui pourrait être le point de départ de recherches plus poussées en particulier sur un plan quantitatif par l'usage par exemple d'un score MBI, afin d'évaluer la réalité, ou pas, d'un épuisement professionnel chez les médecins praticiens en soins palliatifs. La méthode qualitative permet de comprendre en profondeur les comportements et le ressenti d'une population que l'on cherche à étudier. Elle traite des données difficilement quantifiables. Plusieurs méthodes de recueils de données existent : entretiens collectifs ; entretiens individuels ; ateliers participatifs ; observation directe et indirecte...
- Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative par entretiens semi-directifs individuels réalisés auprès de 5 médecins participant régulièrement à la RCP hebdomadaire de soins palliatifs. Les entretiens semi-directifs se faisaient par rencontre directe individuelle de durée fixée autour d'une heure, suivant un guide d'entretien préalablement constitué. L'effectif comportait trois femmes et deux hommes. Les âges étaient de 35, 36, 37, 48, et 62 ans. Ces médecins ont été choisis par cooptation, lors de séances de RCP « soins palliatifs » au CHU de Rennes. Leurs exercices professionnels sont variés, nous y reviendrons dans les résultats. Trois ont déjà exercé (dont un exerce encore) en pratique libérale.
- La trame des entretiens constituant le « guide d'entretien » : l'âge ; le cursus universitaire et professionnel, en particulier pour l'exercice de la

médecine palliative ; la connaissance des critères de burn-out ou sa « définition » personnelle ; la confrontation antérieure à la Mort en milieu familial ou amical ; les difficultés de l'exercice ; les satisfactions de l'exercice ; des propositions d'amélioration éventuelles ; la législation actuelle : satisfaisante ou problématique ?

3. RÉSULTATS

- **les idées force des entretiens :**
 - l'hétérogénéité des métiers : un hématologue; deux médecins en service hospitalier exclusif de soins palliatifs ; un médecin exerçant en service hospitalier de SP **et** en équipe mobile ; un médecin exerçant uniquement en HAD. Chaque type d'exercice se retrouve avec des spécificités précises.
 - La méconnaissance des critères de « burn-out » malgré une assez bonne compréhension du phénomène : un seul médecin sur les cinq interrogés connaissait le MBI et les 3 critères étudiés par cette échelle. Le burn-out est décrit tantôt comme « un syndrome dépressif réactionnel à une surcharge de travail » ; ou un « épuisement professionnel pouvant se répercuter sur l'ensemble de la vie familiale-personnelle » ; pour un autre médecin il s'agit « d'un émoussement de l'affect, équivalent de la dépression, avec une somatisation et de l'anxiété, la différence avec la dépression étant que le burn-out est lié à l'exercice professionnel ».
 - quatre des médecins sont déjà titulaires d'un diplôme complémentaire de soins palliatifs, soit DIU, soit DESC. Un des médecins est en cours de réalisation du DIU de « soins palliatifs ».
 - chaque médecin concède avoir des difficultés dans son exercice ; certaines sont communes à tous ; d'autres sont spécifiques.
 - ❖ Commun à tous : les difficultés induites par la gestion des équipes : tous *les intervenants-soignants des équipes de soins palliatifs* sont des personnalités assez « fortes », s'impliquant beaucoup. La *gestion des susceptibilités* et des egos peut parfois se révéler difficile. / le travail dans des structures très administratives

implique d'avoir des « comptes à rendre » et le dialogue peut s'avérer difficile avec les tutelles administratrices, aboutissant parfois au départ de soignants de l'équipe qui s'avéraient être des personnes-ressources. autre problématique commune à tous les médecins : la gestion des *relations avec les familles* s'avère parfois difficile.

❖ Les difficultés spécifiques :

- Pour l'hématologue : la décision de LATA, en particulier concernant les transfusions ; jusqu'où, jusqu'à quand, aller ? Par ailleurs les patients d'hématologie sont globalement assez jeunes (souvent moins de 60 ans), pouvant « bénéficier » de traitements lourds (type allogreffe) avec conséquences iatrogènes importantes potentiellement létales : « ces patients meurent guéris de leur maladie initiale, mais décèdent des complications de traitement », d'où pour le médecin une remise en cause permanente, des questions « inhabituelles » afin de recentrer constamment le patient dans le débat : qu'est ce qui serait le mieux pour lui, cas particulier personnalisé, sans oublier sa famille... ? En hématologie, par ailleurs, alors que l'on sait qu'il s'agit d'emblée de maladies sévères dont on ne peut préjuger de l'évolution ultérieure, il est rare que soient demandés aux patients des renseignements pour les orienter vers des directives anticipées, le médecin suspecte globalement un comportement général « manquant de courage ». Dans la discussion générale concernant les difficultés induites par la pratique des soins palliatifs, le médecin hématologue, bien que titulaire du DIU de SP, ne se sent pas spécifiquement formé pour accompagner les fins de vie dans le cadre de maladies neurologiques type maladie de Charcot. Ce médecin exerce en cabinet de groupe libéral et déplore que **chacun** des thérapeutes n'ait pas le réflexe de participation aux staffs éthiques pourtant organisés de façon régulière hebdomadaire concernant les patients dont le pronostic

s'assombrit. Cet exercice libéral (rare concernant l'hématologie, le pôle rennais étant sans doute une exception française) paraît sans doute plus difficile qu'en milieu hospitalo-universitaire à cause de la nécessité de prendre parfois des décisions rapides « seul », et plus encore dans les fins de vie des maladies hématologiques. Sur le plan de la « sédation continue et profonde jusqu'au décès », cette demande ne s'est encore jamais produite pour ce médecin dans son activité actuelle, mais il nous rapporte de très mauvais souvenirs de sa vie d'interne en spécialité de service hématologie ou cancérologie, où la responsabilité de « manager » un traitement sédatif par hypnovel-morphine (induit par un médecin « senior ») était laissée aux internes sans aucune formation, ni même information concernant la conduite à tenir. Notre confrère considère que la difficulté est sans doute la même pour un interne en chirurgie non préparé à qui l'on confie la gestion d'un cancer digestif terminal, concernant par exemple le maniement thérapeutique de la douleur d'un cancer du pancréas évolué. Cette absence de formation aux soins palliatifs des internes en fin d'études de médecine, est pour ce confrère un facteur de risque important de burn-out.

- Un confrère exerçant en unité de soins palliatifs confie avoir des difficultés à établir des relations de confiance totale avec plusieurs oncologues dont l'activité « alimente » essentiellement son service : d'une part il finit par se poser (a posteriori...) des questions éthiques sur l'application de traitements chimiothérapeutiques quand un patient décède de complications de son traitement ; d'autre part il a l'impression que dans les services la parole du médecin « palliatologue » est moins prise en considération que celle du médecin oncologue, et que les souhaits du patient lui-même ne sont pas mis au centre du débat. Par ailleurs dans son exercice il s'estime soumis à une solitude décisionnelle

lourde : par exemple, jusqu'où aller dans l'exploration d'une dyspnée chez un patient cancéreux évolué : faut-il chercher une embolie pulmonaire, et la traiter ?

- Un confrère ayant pris un poste de responsable d'unité en soins palliatifs a débuté sans formation réalisée, et s'est retrouvé en difficultés initiales sur plusieurs fronts : l'annonce au malade qu'il est en situation palliative ; son décès potentiel, faisant du médecin le premier intervenant face à la souffrance des familles. Ce médecin par ailleurs a le sentiment que pour être « admis » comme praticien reconnu en soins palliatifs, il faut nécessairement être « anti-euthanasie », alors que pour lui la possibilité de sédation profonde et continue jusqu'au décès est une « hypocrisie ». Notons que ce médecin n'a assisté à aucune conférence de M. Léonetti lors des débats ayant accompagné la promulgation de la dernière loi. Jean Léonetti expliquait en effet : « *Le Conseil de l'Ordre, saisi de deux situations différentes, a bien distingué la sédation terminale de la sédation en phase terminale, la première expression étant liée à la finalité et la seconde à la temporalité, en l'occurrence, la dernière période de la vie.* ». Notre confrère considère avoir de plus en plus de demandes de sédation de la part de patients, ce qui ne lui pose pas de problème personnel, nous dit-il.
- Un autre confrère, exerçant soit en USP, soit en EMSP, nous parle de la difficulté à se confronter au regard « des autres » : soit du fait d'une sensation ressentie de « commisération » de l'entourage, éventuellement proches médecins (« ah, ça doit être difficile, les soins palliatifs ! ») ; soit du fait d'une sensation de reconnaissance **d'inutilité** de la part d'administrations qui ne cherchent pas à savoir ce qui est fait en soins palliatifs, dès lors qu'il ne s'agit pas de thérapeutique **active**.... Dans l'exercice de l'équipe mobile, ce médecin nous parle d'une difficulté très spécifique qui est

celle de la nécessité de réitérer les mêmes conseils à des équipes pourtant déjà confrontées au(x) même(s) problème(s), signant l'échec de tentatives d'autonomisation de certaines équipes de terrain (libérales ou de services hospitaliers locaux) qui réclament de toujours se décharger de leur propre responsabilité sur celle de l'équipe mobile.

- Comment ces médecins envisagent leur avenir professionnel :
 - La plupart des médecins interrogés ont sans conteste l'intention de prolonger leur activité de soins palliatifs, voire de pratiquer davantage pour un confrère dont cet exercice ne représente que 30% de son temps de travail. Cela signifie donc qu'ils ne se sentent pas forcément attachés à leur structure professionnelle, mais peuvent envisager d'en changer, en fonction de l'évolution des projets internes.
 - Un médecin a exprimé un sentiment de fatigue intermittente, par périodes d'une à deux semaines, où il n'a « pas envie de retourner le lendemain au travail », ceci survenant dans des moments où il n'a pas suffisamment de temps pour « prendre du recul » par rapport aux événements professionnels. Ce médecin n'avait cependant pas le sentiment d'être en burn-out.
 - Un autre confrère n'est pas certain du tout de continuer son activité en soins palliatifs : il considère comme lourde la charge organisationnelle du service, la volonté de développement de l'activité étant certes stimulante, mais aussi « stressante »

4. DISCUSSION ET COMMENTAIRES:

- Sur le plan de la législation actuelle « Claeys-Léonetti » : Trois des médecins interrogés trouvent la loi actuelle parfaitement adaptée. Un quatrième considère que cette loi est « hypocrite » en voulant ne pas appliquer le terme d' « euthanasie » à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Le dernier confrère pense que la loi Claeys-Léonetti est plus claire que la version précédente dite « loi Léonetti », mais qu'elle n'est probablement pas encore suffisamment précise dans de rares cas

(cf. affaire Vincent Lambert), et qu'elle nécessitera probablement une nouvelle évolution.

- **Aucun des médecins interrogés n'a cependant ressenti de difficultés éthiques personnelles dans les décisions de sédation.** Les discussions survenues sur ce point en RCP ne faisaient que souligner soit l'« hypocrisie » ressentie de la loi ; soit ne voulaient être qu'une source de **réflexion** sur des « façons de faire » : un confrère avait exprimé une gêne lors de comportements de « ritualisation » de la part de patients ayant demandé une sédation profonde continue : **ce que ce confrère avait trouvé gênant c'était de prendre le médecin palliatologue à témoin** des « adieux » exprimés par le patient à sa famille, cette « gêne » ressentie pouvant avoir été l'écho de situations personnelles antérieures, mais non pas l'expression d'un élément de burn-out.
- Un confrère ayant plusieurs années d'expérience en soins palliatifs nous expliquait que les demandes d'euthanasie sont quasi constamment le fait des **familles** de malades ; elles sont la cause d'une pression exercée sur toute l'équipe de soins palliatifs, mais principalement sur le médecin y exerçant. C'est à lui de rappeler le cadre légal actuel, d'expliquer que dans les cas difficiles de « total pain », les médicaments ne font pas tout. Si la demande de sédation profonde et continue émane du patient lui-même, il s'agit le plus souvent d'un malade ayant des traits de personnalité particulière témoignant de l'habitude de tout gérer par lui-même. Dans ces cas, il peut arriver que la sédation soit difficile à obtenir de façon efficace. En quatre ans, notre confrère a dû avoir recours au Propofol seulement deux fois, et ces deux « expériences » n'ont pas déclenché de réaction particulière susceptible de l'entraîner vers le burn-out. Si des relations s'annoncent difficiles avec certains membres de famille, ce confrère a déjà fait appel au comité d'éthique de son établissement, permettant d'aborder certains aspects sous un angle plus juridique (car un juriste intervient dans ce comité) .
- Ces entretiens ont permis de mettre en évidence ce qui apparaît comme des facteurs protecteurs particuliers dans l'exercice des soins palliatifs :

- La collégialité est obligatoire dans l'accompagnement palliatif, et est particulière en l'occurrence dans le sens où toute hiérarchie disparaît : l'avis de la psychologue, ou de l'aide-soignante, a la même importance que l'avis du médecin ou de l'infirmière. Il n'y a plus d'exclusivité de prise en charge du malade par le médecin, mais au contraire une mobilisation de tous les soignants concentrée vers le meilleur bien-être possible du patient.
- Plusieurs médecins ont souligné l'importance de l'absence d'enjeu de guérison. Cette relation détachée de toute réussite thérapeutique sur la cause permet le plus souvent de rester vraiment centré sur la personne malade, et en général une sérénité plus grande avec les familles (mais pas toujours...). Beaucoup de retours des familles sont positifs, permettant de valoriser le travail réalisé en secteurs de soins palliatifs.
- La formation en soins palliatifs est très protectrice : elle apporte une nécessité d'ouverture d'esprit ; une nécessité de « prendre le temps » avec le patient et sa famille ; une nécessité de dialogue avec tous les intervenants. Elle entraîne à une réflexion permanente sur ce que l'on fait, et est **source d'une pratique réflexive et continue**. Plusieurs des médecins ayant participé à cette enquête ont manifesté leur intérêt pour participer à un comité d'éthique. L'un d'eux désirerait compléter sa formation dans ce domaine.
- La pratique de l'exercice des soins palliatifs permet également la prise de conscience de l'intérêt de travailler en « réseau », ou du moins de participer à une RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) telle que celle organisée en pays d'Ille et Vilaine : en effet plusieurs confrères interrogés sont d'avis que « échanger en groupe sur un problème de soins palliatifs, c'est le résoudre à moitié, même si on n'obtient pas de réponse catégorique ». Il s'agit d'une authentique **culture palliative** basée sur l'échange (ce qui est loin d'être le cas de tous les médecins...)

- L'accord se fait chez tous les participants interrogés sur la nécessité de présence d'au moins deux médecins au sein d'une équipe de soins palliatifs : si un médecin se retrouve comme seul intervenant médical, cela peut apporter initialement un côté valorisant, apportant la sensation d'être indispensable et pouvant mener secondairement à un risque de surinvestissement, donc de burn-out.
- L'approche de la Mort : n'a jamais été citée comme problématique chez les médecins interrogés. L'un d'entre eux a déclaré qu'il était « accoutumé » à la mort. Un autre a considéré que le décès de membres de sa famille avait été rendu plus facilement supportable par son expérience professionnelle en soins palliatifs. La réflexion permanente inhérente au travail de soins palliatifs pourrait être un facteur protecteur pour « supporter » la mort, considérée dans ce milieu comme la fin naturelle de la vie, ce qui peut être considéré comme un retour aux sources, par opposition à la pensée sociétale actuelle.

5. EN CONCLUSION :

Cette enquête, réalisée sur un faible effectif choisi par cooptation au sein des médecins intervenant en RCP de soins palliatifs d'Ille et Vilaine, ne permet pas de mettre en évidence de signes de souffrance exprimés susceptibles de faire craindre un « burn-out » chez ces médecins.

Trois sur cinq n'ont pas émis de doute sur la poursuite de leur activité en soins palliatifs. Un d'entre eux ressent parfois ce qui a été décrit comme « un épuisement » qui a toujours été limité dans le temps et dépendant de facteurs extérieurs entourant ces brèves périodes. Le même confrère affirmait ne pas voir vers quelle autre pratique médicale il pourrait trouver un « épanouissement personnel et professionnel aussi important ».

Un autre de ces confrères n'est pas sûr de continuer son activité en soins palliatifs : il est pourtant très satisfait de l'équipe au sein de laquelle il travaille,

mais aurait souhaité participer à des travaux de recherche et des publications ce qui ne lui apparaît pas possible dans l'organisation actuelle. Par ailleurs il a d'autres pôles d'intérêt, en particulier il s'intéresse aux techniques de télémédecine, dont il pense qu'elles pourraient avoir un grand intérêt en situation de soins palliatifs dans des structures de type EHPAD.

Un troisième confrère, tout en souhaitant continuer son activité de soins palliatifs, n'est pas certain de rester dans la même structure qu'actuellement, son fonctionnement n'étant pas parfaitement stabilisé de façon consécutive à la mutation de deux collègues « ressources ».

Contrairement à mon impression initiale, l'évolution législative de la loi Léonetti vers la loi Claeys-Léonetti, avec sa proposition de « sédation profonde et continue avec antalgie, jusqu'au décès » ne paraît pas entraîner de souffrance chez les médecins, alors qu'elle aurait pu faire craindre l'avènement d'un ressenti proche de « l'injonction paradoxale », ou phénomène de « double contrainte » (la volonté de soulager le patient au risque de l'entraîner plus vite vers la mort). C'est sans doute l'activité réflexive continue des acteurs de soins palliatifs, et le partage collégial des réflexions et des responsabilités qui permet d'éviter cet écueil.

Tous les médecins interrogés ont souligné leur satisfaction de travailler en équipe non hiérarchisée, mais ont insisté aussi sur la nécessité de conserver suffisamment de moyens, en particulier humains, voire de les augmenter, dans leur activité. Mais ceci va à l'encontre de la notion de « rentabilité » des hôpitaux...

L'organisation de l'activité en soins palliatifs serait-elle un modèle de prévention du burn-out chez les acteurs de santé ? C'est d'ailleurs déjà ce qui paraît être enseigné chez les étudiant(e)s infirmier(e)s : la discussion en collégialité des problèmes professionnels paraît en elle-même thérapeutique. Il faudra tendre vers cet enseignement dès l'université pour les futurs médecins.

6. BIBLIOGRAPHIE :

- ESTRYN-BEHAR M. : *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: EHESP; 2008.

- LITTRE Clarisse : *Souffrance des soignants au sein de l'USP de la Martinique*. Mémoire de DESC médecine de la douleur et médecine palliative, option médecine palliative / Faculté de Médecine d'Angers ; octobre 2017
- BARBARIN Bénédicte : *Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les Internes de médecine générale*. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine / Université de Nantes ; 2009
- CASTRA M. : *Faire face à la mort : réguler la "bonne distance" soignants-malades en unité de soins palliatifs*. *Trav Emploi* 2004;(97):53-64.
- LITIM M, KOSTULSKI K. : *Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie*. *Perspectives en clinique du travail* 2006;(1).
- LE RAY-LANDREIN F. ; GILLET N. ; COLOMBAT P. ; DU BOURG P. : *Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs* . *Psycho-Oncol* (2016) 10 :211-219
- MUNROE Viviane et BRUNETTE Nicole : *L'épuisement professionnel (burn-out): un problème réel*. *Reflète* 71 (2001): 165–191. DOI : 0.7202/026343ar
- KAKAI Hygin : *Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire*, Université de Franche-Comté, Février 2008
- DREANO-HARTZ S., RHONDALI W., LEDOUX M., RUER M., BERTHILLER J., SCHOTT AM., MONSARRAT L., FILBERT M. : *Burnout among physicians in palliative care : impact of clinical settings*. *Palliat. Support Care*, 2016 Aug; 14(4): 402-10
- GALAM Eric : *l'erreur médicale, le burn-out et le soignant : de la seconde victime au premier acteur*. Ed Springer / 2012
- JOSSE Evelyne : *le burn-in et le burn-out*. http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/burnin_burnout.pdf 2008
- MASLACH *Burn-out Inventory: le MBI* .
http://www.psychologuedutravail.com/wp-content/uploads/2009/12/QUESTIONNAIRE_BURNOUT_MASLACH.pdf
- MASLACH C., JACKSON S.E., LEITER M.P.: *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press. 1996
- HERNANDEZ-MARRERO P., PEREIRA S.M., CARVALHO A.S., DELICA S.P.: *ethical decisions in palliative care: interprofessional relations as a burnout*

protective factor? Results from a mixed-methods multicenter study in Portugal.

[Am J Hosp Palliat Care](#). 2016 Sep;33(8):723-32. doi:

10.1177/1049909115583486. Epub 2015 Apr 28.

- KOH MY., CHONG PH., NEO PS., ONG YJ., YONG WC., ONG WY., SHEN ML., HUM AY.: *Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: a multi-centre cross-sectional study.*

[Palliat Med](#). 2015 Jul;29(7):633-42. doi: 10.1177/0269216315575850. Epub 2015 Mar 31.

- MOTA VARGAS , MAHTANI CHUGANI, SOLANO PALLERO, RIVERO JIMENEZ, CABO DOMINGUEZ, ROBLES ALONSO : *the transformation process for palliative care professionals : the metamorphosis, a qualitative research study.*

[Palliat Med](#). 2016 Feb;30(2):161-70. doi: 10.1177/0269216315583434. Epub 2015 Apr 20.

- *loi Claeys-Léonetti :*

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000030368648&type=general&legislature=14>

- LAVAL Guillemette : *présentation « soins palliatifs et loi Léonetti-Claeys 2016 ».* [https://secteur-sante.univ-grenoble-](https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/system/files/Sante/Communication/CMJ/CMJ_2016_2017/presentation_g_laval_2016.pdf)

[alpes.fr/system/files/Sante/Communication/CMJ/CMJ_2016_2017/presentation_g_laval_2016.pdf](https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/system/files/Sante/Communication/CMJ/CMJ_2016_2017/presentation_g_laval_2016.pdf)

Résumé : *La modification de la loi Léonetti en loi Claeys-Léonetti en 2016 introduisant la « sédation profonde et continue jusqu'au décès » induit-elle un risque de burn-out chez les médecins qui sont appelés à la pratiquer ?*

Le burn-out comporte trois dimensions : l'épuisement émotionnel ; la dépersonnalisation ou cynisme ; la perte de l'accomplissement personnel au travail.

L'enquête a été réalisée par entretiens semi-directifs auprès de cinq médecins praticiens en soins palliatifs (trois femmes et deux hommes) exerçant selon des modalités variées. On y trouve des difficultés communes : dans la gestion des équipes ; les relations avec les tutelles administratives ; les relations avec les familles de patients. Par ailleurs des exigences communes : une formation adéquate ; des moyens techniques et surtout humains suffisants ; un regard bienveillant de leurs tutelles. Mais dans la décision de sédation, obligatoirement discutée en collégialité, ils n'éprouvent pas de difficultés éthiques personnelles. Le facteur protecteur principal semble justement être le partage collégial de responsabilités, et le travail en réseau ; mais également l'absence d'enjeu de guérison.

Abstract : *Does the evolution of the law Léonetti in law Claeys-Léonetti in 2016 introducing the " deep and continuous sedation until the death " a risk of burn-out at the doctors who are called to practise it?*

The burn-out contains three dimensions: the emotional exhaustion; the depersonalization or cynicism; the loss of the personal fulfillment in the work.

The investigation was realized by semi-directive conversations among five practitioners in palliative care (three women and two men) practicing according to varied modalities. We find common difficulties there: in the management of the teams; the relations with the administrative supervision;; the relations with patients' families. Besides common requirements: an adequate formation; technical and especially human means; a friendly look of their officials. But in the decision of sedation, necessarily discussed in collegiality, they do not feel personal ethical difficulties. The main protective factor exactly seems to be the collective sharing of responsibilities, and the work in network; but also the absence of issue in cure.