Faculté de médecine de
Toulouse-Rangueil

Faculté de médecine de
Paris 7

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Prise en charge des médecins en difficultés psychologiques au CHU de Bordeaux :
Construction d'un parcours de santé

Paris le 18 novembre 2016

Présenté par :
Docteur Isabelle LECLERC
Date de naissance 9 Février 1969
Lieu d'exercice Bordeaux

Directeurs d'enseignements :
- Professeur Eric GALAM
  Paris Diderot
- Professeur Jean-Marc SOULAT
  Toulouse-Rangueil
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année universitaire 2015-2016

TABLE DES MATIERES

1 ABREVIATIONS 3
2 INTRODUCTION 4
3 CONTEXTE LOCAL 4
3.1 Le centre hospitalier universitaire de Bordeaux 4
3.2 Le service de Santé au Travail du CHU 5
4 QUELQUES DEFINITIONS 6
4.1 RPS 6
4.2 Santé mentale 6
4.3 Epuisement professionnel ou burnout 7
Ce que le burnout n'est pas 10
5 REVUE DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE 11
5.1 Description des risques psycho-sociaux des personnels de santé dans la revue de la littérature 11
5.2 Description des risques psycho-sociaux des médecins hospitaliers dans la revue de la littérature 15
5.3 Santé mentale des médecins hospitaliers dans la revue de la littérature 16
6 MESURES DE PREVENTION SECONDAIRES ET TERTIAIRES DEDIEES AUX MEDECINS HOSPITALIERS DANS LA LITTERATURE 17
6.1 En préambule, préconisations non spécifiques de l'expertise collective de l'INRS 17
6.2 Dans « Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé» 18
6.3 Dans la revue de la littérature 19
6.3.1 Démarches de préventions secondaires individuelles ou collectives 19
6.3.2 Les filières de soins spécifiques pour les soignants 21
6.3.2.1 Exemple Catalan 21
6.3.2.2 L'exemple du Québec 21
6.3.2.3 En France 22
6.3.2.4 Quelques dispositifs d'aide aux médecins français en difficultés psychologiques. 22
7 MESURES DE PREVENTION SECONDAIRES ET TERTIAIRES DEDIEES AUX MEDECINS HOSPITALIERS DANS LES AUTRES CHU 22
7.1 Démarches auprès de 5 CHU et réponses 22
7.2 Autres démarches 23
8 PREMIERES ETAPES DE LA CONSTRUCTION D'UN PARCOURS DE SANTE POUR LES MEDECINS HOSPITALIERS AU CHU DE BORDEAUX 23
9 CONCLUSION 25
10. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 26
11. ANNEXES 31

1 ABREVIATIONS

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS : agence régionale de santé
CERPAD : centre de référence régional Anxiété-Dépression
CDU : commission des usagers
CHSCT : comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail
CHU : centre hospitalier universitaire
CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition
CME : commission médicale d'établissement
CNRS : centre national de recherche scientifique
COMEDIMS : commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE : comité technique d'établissement
DSM-5 : diagnostic ans statistical manual of mental disorders 5th edition.
HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
IGAS : inspection générale des affaires sociales
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
ISTNF : institut de santé au travail du nord de france
OMS : organisation mondiale de la santé
PAIMM : Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade
RPS : risques psycho-sociaux
SST : service santé au travail

2 INTRODUCTION

Ce mémoire est un mémoire de circonstance. Il a été rédigé quelques mois après le décès par suicide du Pr Jean Louis MEGNIEN, survenu à l'Hôpital Européen Georges Pompidou le 17 Décembre 2015, mettant sur la place publique le problème de la qualité de la santé mentale des médecins hospitaliers alors que le thème médecin malade reste un sujet relativement tabou dans la culture médicale française.

Si la prévention et la prise en charge des risques psycho-sociaux à l'hôpital ne sont pas chose nouvelle, ce décès a réduit la focale sur les conditions de travail des 221 250 praticiens hospitaliers en France[1]. Les pouvoirs publics avaient alors rapidement réagi avec la saisie par la ministre de la santé de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour formuler des recommandations afin d'améliorer, au sein de cet établissement et dans l'ensemble des établissements hospitaliers, la détection et la prévention des risques psycho-sociaux, y compris des personnels hospitalo-universitaires[23].

Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux n'a pas été épargné par l'ébranlement provoqué par cet événement, d'autant que parallèlement, les différents intervenants impliqués dans ce champ (médecins du travail, médecins experts, membre de la CME, …) se devaient de constater l'augmentation de leur intervention à la demande des structures publiques (ARS, Hôpitaux …) ou privées, posant la nécessité de réfléchir à un plan d'action au niveau local.

C'est dans ce contexte, que ce mémoire se posait souhaitant réfléchir en terme de prévention tertiaire, à des préconisations pour l'élaboration d'un de parcours de santé spécifique aux médecins hospitaliers en difficultés psychologiques au CHU de Bordeaux et en particulier sur la construction d'un réseau dédié de personnes ressources.

Nous nous attacherons dans un premier temps à présenter le contexte local, puis définir rapidement les risques psychosociaux et l'épuisement professionnel.

Dans un deuxième temps, nous rechercherons dans une revue de la littérature scientifique les risques psychosociaux des professionnels de santé puis plus précisément ceux des médecins hospitaliers, et enfin la description de leur santé mentale.

Dans un troisième temps, nous nous intéresserons aux mesures de prévention secondaires et tertiaires, individuelles et collectives recueillies dans les données de la littérature et auprès de CHU.

Dans une dernière partie, nous présenterons les premières étapes de la construction d'un parcours de santé pour les médecins hospitaliers au CHU de Bordeaux qui en cours d'élaboration.

3 CONTEXTE LOCAL

3.1 Le centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Principal acteur dans l'offre de soins de la région, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est un établissement public de santé.

Il assure quatre grandes missions :

- soins et expertise
- prévention
- enseignement en partenariat avec l'université de Bordeaux.
- recherche en collaboration avec l'université de Bordeaux, l'INSERM et le CNRS.

Il développe une offre de soins hautement spécialisée et diversifiée recouvrant l'ensemble des disciplines médicales, odontologiques et chirurgicales.

De par ses activités, le CHU de Bordeaux se place au quatrième rang des CHU français. Réparti sur plusieurs sites géographiques, il a une capacité totale de 3110 lits. Il constitue le complexe hospitalier principal de l'agglomération bordelaise et du quart sud ouest de France de la France. Employant au total de plus de 14000 personnes, le CHU de Bordeaux demeure le premier employeur de la région.

<u>Quelques chiffres</u>

- Les personnels non médicaux : 8199 soignants, éducatifs et enseignants, 1659 techniciens et ouvriers, 1224 administratifs, 765 médico-techniques
- Les personnels médicaux : 1125 attachés et internes (380 attachés/associés et 745 internes), 613 praticiens hospitaliers, 478 hospitalo-universitaires
- Répartition : 77% de femmes et 23% hommes
- Moyenne d'âge 42 ans

Son organisation

Le CHU de Bordeaux est placé sous la présidence du Maire de Bordeaux Alain JUPPE, est dirigé par Philippe VIGOUROUX, directeur général nommé par le ministre de la santé. Il est placé sous la tutelle de l'Agence Régionale de Santé.

Les instances décisionnelles :

- Le conseil de surveillance dont la présidence est assuré par le maire de Bordeaux ou son représentant.
- Le directoire, présidé par le directeur général, paritaire et médico administratif

Les instances consultatives :

- La commission médicale d'établissement (CME)
- Le comité technique d'établissement (CTE): présidé par le directeur général adjoint, il est composé de représentants du personnel élus sur les listes syndicales.
- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) compétente sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) s'occupe des problèmes concernant la sécurité des patients ainsi que celle des personnels. Il donne des avis sur les procédures de gestion des risques, l'analyse et le suivi des indicateurs de résultats
- Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)
- Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)
- Commission des usagers (CDU)

Selon la gouvernance du plan Hôpital 2007 qui privilégie l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers par pôles d'activité placés sous la direction d'un exécutif médico-administratif, et conforté par la loi HPST de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, le CHU de Bordeaux est passé d'une gestion administrée à un co-pilotage médico-administratif.
Les pôles d'activité prestataires sont constitués de 16 pôles médicaux, 3 pôles médico-techniques, 1 pôle transversal.

3.2 Le service de Santé au Travail du CHU

Le service de santé au travail (SST) est un service de médecine du travail autonome ayant en charge la surveillance en santé au travail du personnel de l'hôpital.
Il dépend du pôle de Santé Publique, pôle transversal regroupant les centres d'activité exerçant leur mission au CHU dans le champ des approches collectives et de la prévention, incluant les disciplines de l'addictologie, de la coordination des vigilances sanitaires (surveillance et préventions des risques d'effets indésirables ou accidents liés aux soins), de la coordination des prélèvements d'organes et de tissus, du COREVIH, de l'hygiène hospitalière, de gestion du système médicalisé d'information, de la matériovigilance, de la sécurité transfusionnelle et hémovigilance, de la pharmacologie médicale, de l'unité transversale d'éducation thérapeutique, l'unité d'accueil et de soins des patients sourds.
Il est basé sur quatre sites principaux géographiques basés sur les sites des hôpitaux de Pellegrin, Haut Lévêque, Saint André, et à Talence siège de la Direction Générale. Les personnels sont pris en charge en fonction de leur site de rattachement.

Le SST est en lien avec les assistantes sociales du personnel, le CHSCT, la cellule santé travail, le Comité de lutte contre les infections nosocomiales, la CME.

4 QUELQUES DEFINITIONS

4.1 RPS

Les RPS sont définis dans le rapport GOLLAC du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail de 2010 comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. La notion de fonctionnement mental est relative aussi bien à des phénomènes cognitifs qu'à des phénomènes psychiques d'une autre nature, si tant est que la séparation ait un sens »[4]. Le terme de RPS désigne donc un ensemble de phénomènes affectant principalement la santé mentale mais aussi physique des travailleurs. Ils peuvent se manifester sous diverses formes : stress au travail mais aussi sentiment de mal-être ou de souffrance au travail, incivilités, agressions physiques ou verbales, violences, etc.

Sur le plan psychologique et physique, ces troubles peuvent favoriser des pathologies comme les dépressions, des troubles du sommeil, des maladies psychosomatiques, des réactions comportementales (consommation courante de produits addictifs), des troubles musculo-squelettiques (TMS), des maladies cardiovasculaires, ou entraîner des accidents du travail voire des suicides. Sur le plan social, ces troubles peuvent avoir des conséquences économiques et professionnelles et, notamment, se traduire par du désengagement au travail, un absentéisme accru ou des conflits entre les personnes.

Pour essayer de mieux comprendre les mécanismes qui sont à l'origine de l'apparition des risques psychosociaux, plusieurs grands modèles de référence ont été développés à travers des approches de type épidémiologique. Ces modèles visent à décrire l'organisation du travail telle que la perçoivent les travailleurs : le syndrome général d'adaptation décrit les 3 stades de réponse de l'organisme d'un individu au stress, le modèle de Lazarus mets en évidence l'influence de l'environnement ainsi que des ressources d'un individu dans le déclanchement d'une situation de stress, le modèle de Karasek et Theorell [5] [6]combine 3 éléments pour expliquer le stress au travail : les exigences du travail, l'autonomie et le soutien social, il évalue la demande du travail et le contrôle du salarié sur celui-ci, Siegrist [7]repose son modèle sur l'équilibre entre les effort consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour.

S'y sont ajoutées la demande liée aux conflits interpersonnels et la surcharge liée à la complexité et aux aspects émotionnels du travail[8]. Il a été montré que la bonne circulation de l'information et les échanges préalables, sont reconnus comme les critères classiques favorisant l'autonomie du professionnel dans son travail en milieu hospitalier[9][10]. L'impact de la reconnaissance perçue et du soutien social au travail sur le bien-être ou la souffrance du professionnel est aujourd'hui admis. Il est évalué par l'échelle « effort/ récompense » de Siegrist.

4.2 Santé mentale

A travers cette recherche il apparaît que sa dénomination (santé mentale ? santé psychique ? Santé psychologique ? Souffrance au travail ?...) et sa définition ne sont ni simples ni claires, ne font pas consensus et relèvent plutôt de concepts.

Les canadiens préfèrent parler de santé psychologique car serait associée à quelque chose de positif, les français utilisent plus volontiers santé mentale et souffrance au travail, quant aux anglo- axons, ils préfèrent santé psychique et parle de concept de stress

<u>Quel sens au juste ?</u>

En 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit dans sa charte constitutive, la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» et puis « comme un état de bien-être grâce auquel l'individu reconnaît ses capacités, est capable de faire face au stress normal de la vie, travaille de manière

productive et fructueuse et apporte une contribution à sa communauté. La santé mentale signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. »
L'OMS décrit aussi les déterminants de la santé mentale :

- Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés.
- Les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants : changement social rapide, conditions de travail éprouvantes, discrimination à l'égard des femmes, exclusion sociale, mode de vie malsain, risques de violence ou de mauvaise santé physique et violations des droits de l'homme.
- Par ailleurs, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux troubles mentaux. Les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques et à des déséquilibres chimiques du cerveau.

L'ACSM (Association canadienne de la santé mentale), le mouvement santé mentale Québec (MSMQ) donnent quant à elles cette définition :

- La santé mentale est un mouvement constant, une recherche d'équilibre entre différents aspects de la vie : physique, mental, spirituel et émotif.
- Elle est influencée par les conditions de vie, les valeurs collectives dominantes ainsi que les valeurs propres à chaque personne. Elle est donc à la fois une responsabilité collective et individuelle.

Ainsi l'état de santé mentale des médecins est le résultat d'une interaction complexe et simultanée de contraintes, ressources individuelles et sociales et des facteurs environnementaux[11]. Tanner et al [12]se sont focalisés sur l'analyse de l'environnement de travail des médecins dans les hôpitaux et ont démontré que ces conditions de travail avaient une influence sur leur santé mentale et leur capacité de travail.

4.3 Epuisement professionnel ou burnout

En 2015, a été publié par l'INRS, l'avis d'expert : « Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir ». Selon eux le terme « burnout » qui qualifie le burnout à l'origine, une construction sociale et scientifique apparue dans les années 1970, pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin. En 2016, le réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) à quant à lui rédiger des recommandations sur les principes fondamentaux du traitement du burnout. Nous nous appuierons sur ces 2 avis d'experts pour la rédaction de ce chapitre.[13][14][15]

Le concept du burnout a été décrit pour la première fois par le psychiatre américain Freudenberger en 1975, sur la base d'une auto-observation comme étant un syndrome d'épuisement associé à une aliénation cynique de ses patients et à l'évaluation subjective de capacités réduites [16] [17]. Sa thèse stipulait qu'une implication altruiste excessive et des attentes irréalistes à l'égard de sa propre efficacité étaient à l'origine de l'apparition de cet état et que le traitement consisterait dans une meilleure auto-prise en charge (ou prise en charge de soi par soi) et dans des attentes de réussite réalistes.
Il a ensuite fait l'objet de nombreux travaux, notamment ceux de la psychologue sociale Christina Maslach, qui ont donné lieu à plusieurs définitions, toutes convergentes sur au moins un point: le burnout se traduirait par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes[18].

Le burnout se traduit alors par un «épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel[19]».
Selon la conceptualisation de Christina Maslach, le burnout n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie (dépression ou maladie somatique) et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial.
Leiter et Maslach [20] ont identifié six facteurs de risque de burnout: surcharge de travail, manque d'autonomie, manque d'estime, manque d'esprit d'équipe, manque d'équité, et conflits de valeurs.
Pines [21]-a compris le burnout comme l'expression d'une perte de sens et l'orientation exclusive vers des valeurs matérielles. Cherniss [22] a estimé que le burnout traduisait un échec d'adaptation à la réalité professionnelle. Shirom et al. [23] ont assimilé le burnout à une érosion continue de l'énergie émotionnelle, physique et intellectuelle, consécutive à un état de stress chronique.
Uniquement formulé initialement dans la psychologie du travail, le concept du burnout a fait de plus en plus l'objet d'une attention critique même dans le domaine médical, au cours des dernières années. [24]
Le burnout ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie. Ainsi il ressort de ces classifications médicales que le burnout ne se caractérise pas par un «diagnostic clinique» unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établis. En revanche, il est défini comme un syndrome – le syndrome d'épuisement professionnel – qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu, sans pour autant se référer à un élément causal dans sa définition.

Un syndrome à trois dimensions
Les travaux scientifiques, et notamment ceux de Christina Maslach, ont permis de concevoir le burnout comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions :
• L'épuisement émotionnel;
La première dimension et la plus centrale est l'épuisement émotionnel, psychique et physique (avoir le sentiment d'être totalement vidé de ses ressources). C'est la première manifestation du burnout: une fatigue extrême due à une exposition continue à des facteurs de RPS (cf. Partie 1, II.1. Les facteurs de RPS liés au travail, p. 13) très prégnants (conditions de travail très exigeantes, manque de ressources et d'appui pour y faire face, etc.). Les temps de repos habituels (sommeil, week-end, congés, etc.) ne suffisent plus à soulager cette fatigue qui devient alors chronique.
• Le cynisme vis-à-vis du travail;
Le cynisme est la seconde dimension du burnout. Il «déshumanise» inconsciemment les autres en mettant son entourage à distance. Cette seconde dimension correspond en quelque sorte à un mouvement d'auto-préservation face aux exigences (émotionnelles) du métier auxquelles la personne ne peut plus faire face. Ce mouvement conduit alors le travailleur à réduire son investissement et à développer des conceptions péjoratives, cyniques, sur les personnes pour qui ou avec qui il est censé travailler. Cette deuxième dimension est parfois considérée comme une stratégie d'adaptation en réponse à la sur-sollicitation ressentie par l'individu.
• La diminution de l'accomplissement personnel au travail ;
Dans sa troisième dimension, le burnout se caractérise par une perte de l'accomplissement personnel, une dévalorisation de soi, traduisant à la fois pour l'individu le sentiment d'être inefficace dans son travail et de ne pas être à la hauteur du poste. Malgré tous ses efforts, le travailleur se sent dans une impasse. Cette dernière dimension fait l'objet de controverses ; certains auteurs considérant qu'il

s'agirait plutôt d'un trait de personnalité ou encore d'une conséquence (parmi d'autres) du stress au travail qui n'aurait donc pas lieu d'être intégré dans la définition de ce syndrome.

Ainsi, en conclusion des caractéristiques du burnout, cet avis d'expert écrit :

Le syndrome d'épuisement professionnel se traduit donc à la fois par une érosion de l'engagement (en réaction à l'épuisement), une érosion des sentiments (à mesure que le cynisme s'installe) et une érosion de l'adéquation entre le poste et le travailleur (vécue comme une crise personnelle). Dans les cas les plus extrêmes, le travailleur peut se trouver dans un état physique et psychique tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité de travail ; ce qui peut être vécu comme une rupture, un écroulement soudain, alors que des signes avant-coureurs pouvaient le laisser présager.

Les symptômes constitutifs du syndrome d'épuisement professionnel

Le burnout peut se traduire cumulativement de cinq manières sur l'individu, par des :

• Manifestations émotionnelles;

L'épuisement ressenti par l'individu, entraînant un sentiment de perte de contrôle, peut se manifester émotionnellement par des peurs mal définies et des tensions nerveuses. Il se caractérise également par une humeur triste ou un manque d'entrain. L'individu peut être irritable, tendu, hypersensible, ou bien ne manifester aucune émotion.

• Manifestations physiques;

Les manifestations physiques sont les plus fréquentes. On note davantage de troubles du sommeil, une fatigue chronique due à un sommeil qui n'est plus réparateur et des tensions musculaires avec des douleurs rachidiennes (dos, nuque). Il y a parfois une prise ou une perte soudaine de poids. Maux de tête, nausées, vertiges sont également observés.

• Manifestations cognitives;

En termes cognitifs, le burnout a un retentissement sur les capacités de traitement de l'information dont dispose l'individu : diminution de la concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions. Erreurs mineures, fautes, oublis sont également constatés.

• Manifestations comportementales ou interpersonnelles;

Sur le plan interpersonnel, l'individu peut se replier sur soi, s'isoler socialement, ou avoir un comportement agressif, parfois violent, traduisant une diminution de sa tolérance à la frustration qu'il ressent professionnellement. Moins enclin à l'empathie, l'individu est moins touché par les problèmes des autres et peut aller jusqu'à traiter ces derniers comme des objets. Se sentant dans une situation inextricable, il peut éprouver du ressentiment et de l'hostilité à l'égard des personnes qu'il côtoie dans son travail. Des comportements addictifs peuvent apparaître face à la tension ressentie : tabac, alcool, tranquillisants, drogues, etc.

• Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude ;

Se sentant déprécié dans son travail, l'individu peut se désengager progressivement. Baisse de motivation et moral en berne s'accompagnent d'un effritement des valeurs associées au travail. Ne pouvant changer la situation dans laquelle il se trouve, il peut avoir le sentiment d'être pris au piège et douter de ses propres compétences. L'individu peut alors se remettre en cause professionnellement et penser qu'il n'est plus capable de faire son travail comme avant : il se dévalorise.

Les outils de « mesure » et de détection

De nombreux travaux scientifiques ont été conduits sur le burnout et plusieurs outils de mesure ont été développés. Mis au point par Maslach & Jackson en 1981, le Maslach Burnout Inventory (MBI)[25] est le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé aujourd'hui. Il s'adresse aux travailleurs et se décline en deux versions existant pour des populations spécifiques (les professions d'aide et de soins, les professions de l'enseignement et de la formation) et une version pour la population générale au travail.

Le MBI peut servir à repérer, au niveau collectif, les phénomènes de dégradation du rapport subjectif au travail et permettre ainsi de revenir sur les difficultés, impasses, dilemmes et contradictions auxquels se heurtent les travailleurs dans leur milieu professionnel.

D'autres questionnaires existent, par exemple :

• Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [26] qui explore trois dimensions du burnout : l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel[27] ;
• Le Burnout Measure[28] ;
• Le Oldenburg Burnout Inventory[29].

Ces échelles de mesure sont à utiliser en complément des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs (cf. Partie 2, II. Prévenir le burnout en « dépistant », p. 21), des signes cliniques observés et entendus, notamment par l'équipe du service de santé au travail.

Ce que le burnout n'est pas

Tableau : Principaux diagnostics différentiels psychiatriques du burnout.
Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques Barbara Hochstrasser

Trouble psychique	Caractéristiques à prendre en compte
Troubles dépressifs	Humeur dépressive, manque d'intérêt, réveil précoce, troubles cognitifs prononcés, psychomotricité altérée, tendance suicidaire, Attention: dépression bipolaire avec des phases de manie
Troubles anxieux	Crises de panique classiques, anxiété d'anticipation, phobies spécifiques
Neurasthénie	Réduction chronique et durable de la résistance au stress et tendance à l'épuisement dans le cas de légères sollicitations intellectuelles ou physiques
Addiction (alcool, sédatifs)	Anamnèse de la prise prolongée ne pouvant plus être interrompue, symptômes de sevrage éventuels
Syndrome d'hyperactivité	Nervosité, troubles de la concentration, hyperactivité, sautes d'humeur, mentionnés dans l'anamnèse depuis l'enfance
Troubles d'adaptation	Altérations brèves ou longues de l'humeur et du comportement suite à des événements, ne caractérisant aucun autre trouble
Trouble obsessionnel compulsif	Pensées obsessionnelles et rituels ayant un effet nettement néfaste et ayant déjà existé avant l'état de stress
Accentuation de la personnalité, troubles de la personnalité	Facultés cognitives et modèle de comportement correspondants, surtout empreints de narcissisme, de dépendance ou d'un manque de confiance en soi

Facteurs de risques

Vulnérabilité biologique :

Des spécificités génétiques ou épigénétiques peuvent transmettre une vulnérabilité biologique.
Des personnes présentant une anamnèse familiale positive ou ayant eu une dépression par le passé ont un risque accru de contracter un burnout [30]. L'exposition au stress du fœtus durant la grossesse laisse également apparaître une incidence prononcée sur la vulnérabilité au stress au cours de la vie ultérieure.

Vulnérabilité psychologique

En plus de la prédisposition neurobiologique, il est aussi possible de parler d'une vulnérabilité psychologique. Les personnes particulièrement exposées à un risque présentent un manque de confiance en elles et de sentiment d'efficacité personnelle [31] une grande propension à l'érosion physique (à se dépenser), une haute aspiration à la perfection, une faible capacité à prendre ses distances [32] un mode d'adaptation fondé sur l'émotion, l'esquive ou la résignation [33] la conviction d'une maîtrise extérieure, un manque d'aptitude à gérer des conflits, une attitude sacrificielle, une grande susceptibilité et un style relationnel anxieux-mal assuré ambivalent [34].

Facteurs organisationnels

Comme des modèles de la psychologie du travail en attestent, le burnout peut être admis comme le corollaire d'une inadéquation entre l'individu et sa situation professionnelle [15][Leiter MP and C. Maslach. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. Journal of Health and Human Service Administration JHHSA. 1999;472–89.].

5 REVUE DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE

5.1 Description des risques psycho-sociaux des personnels de santé dans la revue de la littérature

Ce paragraphe s'appuie essentiellement sur un travail de revue de la littérature en cours au CHU de Bordeaux réalisé par Lucie Pierre, psychologue au sein du laboratoire de psychologie de l'Université de Bordeaux et sur une synthèse des constats et expérimentations dans les pays nordiques et anglo-saxons rédigée par le Dr Madeleine Estryn-Behar dans agis sur les risques psychosociaux des professionnels de santé.

Les RPS en milieu hospitalier font l'objet de nombreuses recherches et publications qui éclairent sur les mécanismes en œuvre dans leur survenu, sur leurs dommages ou sur les dispositifs à développer en réponse ou en prévention.

En raison de réformes appliquées, les hôpitaux publics font face à de nombreux changements et des restructurations importantes (réorganisations des pôles/services, rationalisation des ressources humaines et financières, …). Les mesures entreprises visent à réduire le déficit des hôpitaux, maîtriser les dépenses publiques de santé, moderniser l'offre de soins tout en améliorant les performances des établissements publics de santé et ne sont pas restées sans conséquence sur le personnels hospitalier. Elles ont largement contribué à altérer les conditions de travail des professionnels hospitaliers.

Les professionnels de santé sont particulièrement exposés à de multiples facteurs de risques[35] générant des dommages au niveau de leur santé et entraînant un coût élevé. Selon Dollard et Mc Ternan, [36] les professionnels de santé présentent souvent des degrés de stress plus élevés, ont les niveaux les plus hauts de risques psychosociaux et ont plus de problèmes de santé mentale que ceux qui travaillent dans d'autres secteurs.

Le personnel hospitalier représente un des métiers le plus à risque, l'organisation du travail dans le secteur de la santé étant obligé de répondre à des exigences d'égalité d'accès et de continuité de soins[37].

<u>Les facteurs de risques liés aux caractéristiques du travail et à la nature du travail</u>

Charge de travail:

On retrouve dans la littérature une augmentation des plaintes liées à la surcharge de travail. Elle se manifeste sous diverses formes : l'élimination des temps morts, la multiplication des tâches administratives connexes, une augmentation de la flexibilité, de la polyvalence, l'intensification des rythmes de travail, l'augmentation du nombre de patients à soigner, un turn over plus grand, le manque de personnel, ….[38]

Horaires de travail:

La littérature met en évidence l'intensification du travail associé à des exigences de qualité dans l'organisation[39]. Wallace and al, réalise en 2009 une étude auprès des médecins et retrouve qu'ils travaillent en moyenne entre 50 et 60 heures par semaine. La fatigue qui découle cette charge de travail conduit à des conséquences négatives tant sur le plan personnel que professionnel (épuisement, troubles de l'attention, erreurs médicales)[40] .

Pour assurer la permanence et la continuité des soins dans les établissements de santé, les horaires de travail des personnels médicaux et paramédicaux sont souvent décalés : horaires postés, horaires alternants, horaires atypiques (tôt le matin, tard le soir, le week-end, jours fériés), travail de nuit, horaires imprévisibles, changements imprévisibles dans les plannings horaires, etc. horaires de travail atypiques accentuent la pénibilité du travail en milieu hospitalier. Nombreuses études

démontrent que les horaires de travail peuvent contribuer à altérer la santé mentale et physique ainsi que les performances au travail[41]. Des-études mettent en lien horaires de travail et qualité des soins. Lorsque infirmières travaillent plus de 8 heures, il y a une diminution significative de la qualité des soins et une augmentation des erreurs cliniques[42].

Interruptions de tâches : des études réalisées dans les établissements de santé révèlent que interruptions au travail nuisent au maintien des capacités attentionnelles des personnels hospitaliers et contribuent à augmenter leur charge mentale /physique de travail (Cazabat S, Barthe B, Cascino N, Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité)[43]. Weigl, and al, en 2014 décrivent les interruptions de tâches les plus fréquentes : collègues (30,2%), personnel infirmier (29,7%), téléphone/beeper (16,3%). Ces interruptions sont corrélées avec la charge de travail des pédiatres et avec l'augmentation de la frustration. Pour Barclay et Lie (2010) plus de 50% des erreurs médicamenteuses sont dues à des interruptions de tâches[44].

Autonomie et participation à la décision :

On a vu plus haut, que l'autonomie est un élément essentiel dans le monde du travail et est considéré comme une ressource importante au travail (Karasek RA).

Il a été démontré que l'autonomie contribue à la satisfaction au travail, à la productivité, au développement professionnel ainsi que la qualité des soins[45]. Amini, and al [46]soulignent qu'un des facteurs les plus importants liés à la satisfaction au travail des infirmières est leur capacité à être autonomes et fonctionner de manière indépendante dans leur fonction. Pour Wallace, and al (2009) le manque d'autonomie est un facteur important de stress et d'épuisement pour les médecins. La littérature scientifique met en évidence que les professionnels les moins qualifiés souffrent davantage du manque d'autonomie au travail. Les aides-soignantes et les infirmières souffrent souvent d'un manque d'autonomie en raison de la domination de la profession médicale (Seo, Ko et Price, 2004; Lliopoulou et Bien, 2010). Les infirmières participantes au processus de prise de décisions, montrent des niveaux plus élevés d'engagement envers l'organisation, de satisfaction au travail et souhaitent moins quitter leur profession que les infirmières qui ne participent pas à prise de décisions (Gifford, Zammuto, Goodman et Hill, 2002).

<u>Les facteurs liés aux exigences du travail</u>

Exigences cognitives :

L'activité des personnels hospitaliers comporte une forte dimension cognitive compte tenu de l'évolution permanente de l'état de santé des patients (Cazabat, Barthe et Cascino, 2008). : « Les soignants doivent recueillir, traiter, mémoriser et transmettre des informations complexes, nombreuses et fluctuantes quant à l'évolution de l'état de santé de chaque patient. Ainsi, la responsabilité, l'incertitude, la pression temporelle sont autant de facteurs qui concourent à augmenter la charge mentale de travail. Se surajoutent des contraintes relatives à la fréquence des interruptions du travail en cours qui induisent une segmentation du travail et une réactualisation incessante des priorités » (p.5).

En 2007, Ndayisaba et Singirankabo arguent que la souffrance au travail des soignants est due au fait que leur activité comporte une forte charge mentale/cognitive liée à la masse d'informations à recueillir et à l'importante mémorisation que cela nécessite. La complexité des soins et des opérations à réaliser requiert de la précision, une haute technicité et une forte concentration ainsi qu'une hypervigilance au travail. La moindre erreur (diagnostic, manipulation, prescription) peut conduire à des évènements indésirables graves ou être fatale pour le patient. La pression qui pèse sur les personnels hospitaliers est considérée comme un indicateur de charge mentale qui contribue à accroitre leur niveau de stress, d'épuisement et de fatigue[47].

Exigences émotionnelles: ***contact avec la maladie, la souffrance et la mort :***

Les métiers d'aide et de relation avec le public sont particulièrement exposés à une forte charge émotionnelle (Durand, Krohmer et Baret, 2014). Les personnels hospitaliers sont confrontés à des

situations qui ont de fortes implications humaines. Ils interviennent auprès de personnes en situation de souffrance physique ou psychologique et sont constamment confrontés à la maladie, la détresse, l'angoisse et la mort. La confrontation à la douleur, la souffrance et à la mort sont à la fois les déterminants du stress et de la souffrance au travail et contribue à entraîner des états de fatigue physique et psychique (Cazabat**,** Barthe et Cascino, 2008).
Goldenberg (1989): plus un soignant est physiquement proche d'un patient, moins il se sent décisionnaire et plus il exprime sa souffrance. Gollac et Bodier (2011): exigences émotionnelles peuvent favoriser la dynamique psychique, mais elles sont aussi causes de souffrance, de risques et sont associées au développement et à l'évolution de troubles psychiques, ainsi qu'à une augmentation du risque de trouble de l'humeur. Face à la souffrance des patients et face à certaines situations sans résolution possible, le soignant peut éprouver un sentiment d'impuissance (Fillion, 2011), d'échec, de désœuvrement qui se traduit par la suite en mal-être (Cazabat**,** Barthe et Cascino, 2008).

Exigences émotionnelles: ***Contact régulier avec le public, violence au travail.***
La violence subie par les professionnels de santé est devenue un problème croissant dans les établissements publics de santé. Les études révèlent que professionnels de santé sont fréquemment victimes de violence physique (agressions, lancement d'objets, coups de pied, gifles, morsures, etc.) et de violence verbale (insultes, menaces, manque de respect, dénigrement, intimidation, harcèlement moral, etc.)[48 49]. Benveniste, Hilbert et Runciman (2005) «la frustration et la colère qui découlent de la maladie et de la douleur, les troubles psychiatriques, l'alcool et la toxicomanie, peuvent influer sur le comportement et rendre les patients verbalement ou physiquement violents. La violence au travail subie par les personnels hospitaliers en contact avec des personnes en détresse est si répandue qu'elle est souvent considérée comme une partie inévitable de leur travail» (p.1).
Roldán, Salazar, Garrido et Ramos (2013) ont réalisé une étude auprès de 315 professionnels de la santé (médecins, infirmières, ambulanciers) afin d'étudier la relation entre la violence subie et leur santé au travail. Les résultats révèlent que l'exposition à la violence est liée à l'épuisement émotionnel, la dépression et l'anxiété. Les professionnels qui ont subi des agressions physiques sont 4,2 et 2,6 fois plus susceptibles de souffrir d'anxiété et d'une diminution du sentiment d'accomplissement personnel. Gates, Gillespie et Succop (2011) : professionnels de santé qui subissent des agressions au travail présentent les signes suivants : troubles psychologiques, stress, dépression, perte de sommeil, cauchemars, flashbacks, colère, frustration, peur, anxiété, tristesse, irritabilité, apathie, culpabilité, sentiment d'impuissance. Ces symptômes de stress affectent la capacité de penser des professionnels de santé, de se concentrer et d'autres fonctions cognitives. Les agressions (verbales et/ou physiques) ont un impact sur la qualité des soins prodigués aux patients (Arnetz et Arnetz, 2001; Cooper et Swanson, 2002; Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer et Dassen, 2005). Gates, Gillespie et Succop (2011) expliquent ce phénomène par le fait que les symptômes de stress ont un impact sur la capacité de communiquer avec les patients et les visiteurs (familles, amis), et sur le fait de fournir un soutien émotionnel aux patients quand ils en ressentent le besoin.

Les facteurs liés au contexte organisationnel du travail et social

Changements organisationnels
Les hôpitaux ont développé de nouvelles stratégies pour améliorer la qualité des soins, rester compétitifs et augmenter leur rentabilité,
Il a été démontré que ces changements organisationnels contribuent négativement à repenser le travail des professionnels de santé et ont des conséquences néfastes pour santé et qualité des soins[5051].

Rôle dans l'organisation : ***ambiguïté de rôle et conflit de rôle.***
L'ambiguïté de rôle et le rôle des conflits sont considérés comme des facteurs de stress[52]. Stordeur, Vandenberghe et D'hoore (1999) "pour l'infirmière, il y a ambiguïté de rôle lorsque la répartition des

tâches est mal organisée, ou lorsque les critères d'évaluation sont vagues. Le conflit de rôle se produit lorsque des attentes contradictoires viennent affecter le travail de l'infirmière. Ainsi, le conflit de rôle peut être vécu quand un patient se plaint de douleur auprès l'infirmière, alors que le médecin a refusé de prescrire un analgésique"(p.58). Glazer et Beehr (2005) examinent la relation entre les facteurs de stress (ambiguïté de rôle, conflit de rôle) et l'anxiété, l'engagement et le taux de turnover de 1396 infirmières réparties dans 15 hôpitaux. Ils constatent que ces facteurs de stress sont corrélés positivement à l'anxiété, et l'intention de départ, et négativement à l'engagement affectif des infirmières. Tunc et Kuntanis (2009) [53] explorent la relation entre l'épuisement professionnel, l'ambiguïté et le conflit de rôle auprès de 81 infirmières et 170 médecins. Ils trouvent une corrélation positive entre l'ambiguïté des rôles, le conflit de rôle et l'épuisement émotionnel. Ils constatent également que les infirmières présentent des niveaux significativement plus élevés de conflit de rôle, d'ambiguïté de rôle, et d'épuisement professionnel que les médecins.

Soutien: collègues, supérieurs, organisation

La littérature scientifique révèle que le soutien social (collègues, supérieurs, organisation) contribue à protéger les professionnels hospitaliers contre les effets des facteurs de stress au travail qui ne sont pas modifiables [54] (Heaney, 1991). Plusieurs études indiquent que le soutien des collègues (collaboration, communication) augmente la satisfaction au travail[55], l'engagement, la performance au travail, le bien-être, participe à améliorer la qualité des soins, et réduit le niveau de stress des personnels hospitaliers[56][57].

Le supérieur hiérarchique en soutenant, récompensant, encourageant, communicant, écoutant, atténue fortement les effets délétères des facteurs de stress professionnel (Stordeur, D'hoore et Vandenberghe, 2001). Constable et Russell (1986) [58]soulignent l'effet positif du soutien du supérieur sur la réduction de l'épuisement professionnel des infirmières. Le soutien (physique et/ou émotionnel) des supérieurs est un prédicteur de la satisfaction au travail[59], de l'intention de départ (Chan, Tam, Lung, Wong et Chau, 2012) [60] des absences pour maladie, et des comportements de citoyenneté dans l'organisation [61] des professionnels de santé.

0rganisation: Les travaux récents mettent en évidence les relations qui existent entre le soutien organisationnel perçu des infirmières et leur implication au travail[62][63], les comportements de citoyenneté organisationnelle (Mathumbu et Dodd, 2013), leur engagement envers l'organisation[64], leur satisfaction au travail [65] (Shacklock, Brunetto, Teo et Farr-Wharton, 2014), leur niveau d'épuisement professionnel[66], leur réussite professionnelle[67].

Ces travaux confirment l'augmentation de la pénibilité, du stress, de l'épuisement et de la souffrance au travail des personnels hospitaliers et notamment des personnels soignants.

Etant quotidiennement confrontés à la maladie, la mort, la souffrance, l'agressivité des patients, la pression, l'intensification du rythme de travail, le manque de moyens (humain, matériel, financier), etc., les professionnels de santé se retrouvent souvent en situation de stress aigu et de grande vulnérabilité ce qui a pour effet d'altérer leur efficience au travail ainsi que la qualité des soins prodigués aux patients.

Le Dr Estryn Behar, quant à elle fait la synthèse des constats et des expérimentations récentes dans les pays nordiques et anglo-saxon dans l'ouvrage »Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé »:

- L'insuffisance du travail d'équipe, de la communication et du partage des décisions dans un environnement stressant sont apparus comme des facteurs clés de ce turnover. A contrario, les procédures les plus convaincantes s'articulent autour de la « construction des collectifs de travail ». D'autres facteurs dont la satisfaction professionnelle et la stabilité des horaires concourent à retenir les infirmiers recrutés[68] [69]. L'autonomie, le contrôle sur son travail, l'expertise clinique, la qualité des relations quotidiennes entre infirmiers et médecins ainsi que le tutorat ont indiqué un environnement professionnel favorable[70] [71] [72] . Si la mobilité a permis de réduire le nombre de postes non pourvus, les équipes à affectations fixes montrent

en revanche davantage de compétences[73]. La grande taille des équipes, le manque de maitrise de la discipline, l'instabilité des soignants et des affectations, l'absence d'objectif commun sont des handicaps récurrents dans les structures de soins classiques[74].

- La charge cognitive, la complexité et le manque de familiarité des informations à traiter, le stress et le burnout peuvent conduire à un échec du raisonnement et entraîner des erreurs[75 76]. Ceci est montré par l'analyse des données de 5366 erreurs, dont 9,8 % fatales, conduite par le FDA's Adverse Event Reporting System. Dans 44 % des cas, ces erreurs fatales ont été causées par des déficits de connaissance et dans 15,8 % des cas par un défaut de communication[77]. Au Canada, l'augmentation du nombre de tâches omises ou non terminées par les infirmiers a été liée à la perception d'un manque d'effectif, des services logistiques inadéquats, un environnement professionnel inapproprié, un mauvais travail d'équipe et un faible soutien de l'administration[78 79]. Les organisations propices aux erreurs sont celles qui s'accommodent de l'ambiguïté et d'un manque de clarté sur les critères de surveillance de chaque malade et sur l'organisation des soins[80]. Les problèmes sont alors plus difficiles à identifier. Même s'ils sont reconnus, ils sont mal gérés. Le partage des responsabilités, la stabilité des équipes travaillant ensemble régulièrement, les contrôles de sécurité et la documentation formelle des erreurs pour les analyser préviennent les erreurs au bloc[81]. Finallement, une bonne communication et un travail d'équipe bien rodé sont considérés comme essentiels pour assurer des soins de qualité et garantir la sécurité des patients.

5.2 Description des risques psycho-sociaux des médecins hospitaliers dans la revue de la littérature

La France bien que disposant d'une médecine réputée, est l'un des pays où les difficultés des médecins eux-mêmes ont été peu étudiées.

Les médecins comme les soignants sont confrontés à de nombreux risques professionnels (biologique, physique, chimiques …) dont les risques psycho-sociaux, ces risques pouvant être sous-estimés par les professionnels eux-mêmes. Parmi ceux-ci Madeleine Estryn-Behar cite la fatigue, les durées de travail très longues, les traumatismes émotionnels et psychologiques, les agressions par les patients ou leur proche[82]. Les difficultés pour concilier vie personnelle et vie professionnelle sont particulièrement lourdes[83]. Elle déclare, s'appuyant sur des études nationales et internationales, que loin de constituer un groupe préservé, les médecins sont, d'une certaine façon, plus sujets à développer certains problèmes que la population générale.

Wallace and al, réalise en 2009 une étude auprès des médecins et retrouve qu'ils travaillent en moyenne entre 50 et 60 heures par semaine. La fatigue qui découle de cette charge de travail conduit à des conséquences négatives tant sur le plan personnel que professionnel (épuisement, troubles de l'attention, erreurs médicales)[84] -Longues durées de travail et travail de nuit fréquents, conduisant au manque de sommeil[8586]. L'irritabilité, la fatigue, l'instabilité émotionnelle augmentent, la motivation, la capacité de raisonnement se détériorent quand la durée de sommeil diminue. Les effets du contenu du travail, de son rythme, de sa durée de son intensité sur la vie privée des médecins ainsi que les risques de dépression qui lui sont attaché, ont souvent été soulignés.

Malheureusement, le professionnel dont la santé mentale s'est dégradée st souvent rejeté par ses collègues alors même que les conséquences à long terme sur sa santé sont liées à la précocité de la prise en charge et au soutien des pairs[8788]. L'impact du « stress » sur la qualité des soins est négatif[89].

Madeleine Estryn-Behar a synthétisé dans un livre publié en 2003 [90] le rôle de différents facteurs vis-à-vis du stress et de la souffrance au travail des médecins. En synthèse elle déclare que les stresseurs les plus significatifs chez les médecins sont: durée du travail, travail de nuit et de week-end, manque de sommeil; conflit de rôle entre la carrière et la vie personnelle; insatisfaction concernant la carrière ; isolement, mise à l'écart et harcèlement moral ; insuffisance du travail d'équipe; exposition à la violence; contrôle insuffisant sur son travail; célibat sans enfant prolongé; charge de travail trop

lourde; crainte des erreurs; insatisfaction quant au temps disponible pour voir les patients ; souffrance des patients; harcèlement sexuel. Mache et al[91], dans plusieurs études, pointent des différences suivant les spécialités chez les étudiants en médecine dans les exigences et les ressources du travail: haute demande quantitative pour les chirurgiens et interniste, plus haute demande émotionnelle pour les pédiatres, gynécologues et neurologues, plus fort soutien social et de la qualité de la relation chez les pédiatres. Les débriefings et la qualité du leadership sont les plus bas chez les chirurgiens. Tanner et al, a démontré une différence significative entre les spécialités médicales concernant la pression du temps, les stresseurs sociaux avec les patients et l'incertitude.
Dans leur pratique professionnelle, les soignants peuvent être guidés par la « loi du silence » lorsqu'il s'agit de leurs propres souffrances: la souffrance ressentie se cache et s'intériorise. Ne pas exprimer un sentiment d'impuissance ou d'échec peut provoquer une impression de fatalité pour certains d'entre eux, elle-même source de stress (Chew-Graham et al. 2003). Les étudiants déclarent préférer se tourner vers leurs familles et amis pour obtenir du soutien, plutôt que de chercher l'aide professionnelle au sein de l'Université. Les comportements de recherche d'aide non-appropriée commencent tôt et sont liés à la perception des normes qui exigeraient une image « idéale » du médecin. Un problème de santé mentale peut alors être considéré comme une forme de faiblesse qui a des implications pour la progression de carrière (Graham et al. 2003). Dans la littérature, les étudiants rapportent une stigmatisation des maladies psychiatriques expliquant ainsi leur réticence à demander de l'aide (Graham et al. 2003 ; Reynolds et al. 2009). Les autres causes retrouvées sont les difficultés financières (Reynolds et al. 2009), la croyance en sa capacité d'autodiagnostic et d'auto-traitement (Brimstone et 56 al. 2007), la crainte d'être en relation avec son thérapeute dans sa future carrière médicale (Brimstone et al. 2007), la peur de non-confidentialité (Reynolds et al. 2009 ; Brimstone et al. 2007).
Concernant les jeunes médecins (internes, chefs de clinique et assistants), il est montré qu'ils peuvent être plus exposés aux RPS, confrontés d'une nouvelle manière, à la fois plus directe et plus autonome, à la relation avec le patient, à sa prise en charge et au final à l'exercice de leurs futures responsabilités. De toutes les périodes de la carrière médicale, la première année après le diplôme a été régulièrement mise en évidence comme une période de pic dans la fréquence de la dépression mais l'étude de leur spécificité pourrait être un sujet à part entière.

5.3 Santé mentale des médecins hospitaliers dans la revue de la littérature

La santé mentale des médecins a été investiguée dans de nombreuses études. Mata and al[92] ont récemment (2015) réalisé une méta-analyse et une revue systématique de la littérature montrant une prévalence de dépression ou de symptômes dépressifs de 29% chez les médecins.
La mortalité des médecins est plus basse que celle de la population générale pour le cancer, les maladies circulatoires et les autres causes naturelles, en revanche, le taux de suicide est plus élevé pour les hommes et plus encore pour les femmes [93 94 95]. Lindeman et al. [96] en 1997 ont réalisé une méta-analyse des études épidémiologiques concernant le suicide des médecins. Ils ont trouvé un risque relatif estimé élevé pour les hommes médecins de 1,1-3,4 comparé à celui de la population générale masculine et plus encore (1,5-3,8) comparé à celui des autres hommes ayant une profession qualifiée. Le risque relatif pour les femmes médecins était bien plus élevé, de 2,5-5,7 comparé à celui de la population générale féminine et bien plus encore (3,7-4,5) comparé à celui des autres femmes ayant une profession qualifiée. L'étude transversale de Ruitenburg et al[97], montrait qu'un quart (29%) des médecins hospitaliers dans leurs études avaient un haut niveau de dépression, 24% de symptômes anxieux, et 15% soit 1 médecin sur 6 avaient un haut niveau de prévalence de symptômes de stress post traumatique. Il y a dans la littérature des indicateurs suggérant une différence de santé mentale et de capacité de travail entre les médecins, en fonction des spécialités médicales. Hughes et al a[98] ainsi montré un risqué élevé de consommation de substances chez les médecins urgentistes et les psychiatres comparativement aux médecins d'autres spécialités.

Buddeberg-Fisher et al [99]ont montré que les chirurgiens avaient un plus haut risque de maladie cardio-vasculaire, comparativement aux médecins d'autres spécialités médicales.
Récemment Bernburg et Mache en Allemagne, ont montré dans une étude menée entre 2011 et 2014 portant sur 435 étudiants en médecine, provenant de 12 hôpitaux allemands différents, et de spécialités différentes (chirurgiens, anesthésistes, chirurgiens orthopédiques, internistes, pédiatres, neurologues) 17 % de haut niveau de « détresse professionnelle RPS» 9% haut niveau de symptômes dépressifs, 11% de basse capacité de travail. Ils montraient une différence significative entre les spécialités sur la perception de la détresse professionnelle, les symptômes dépressifs, la capacité de travail, l'exigence du travail et les ressources du travail. Les chirurgiens avaient le plus haut niveau de perception de détresse psychosociale et la plus forte capacité de travail et le plus bas score de dépression. Les anesthésistes avaient plus haut niveau de symptômes dépressifs.
Selon trois études, montrant des résultats convergents, l'épuisement émotionnel atteint environ le quart des soignants paramédicaux. Selon Estryn-Béhar et coll. [100] [101] cet épuisement émotionnel, étudié avec le General Health Questionnaire, triple selon le niveau de charge cognitive et encore plus pour la charge émotionnelle. Le manque de soutien est aussi retrouvé comme facteur de risque majeur dans les deux autres études [102] [103]
Concernant les internes, en médicine générale en France métropolitaine, une étude est menée en 2011 par Komly, Le Tourneur et Galam, dans le cadre d'une thèse de médecine sur l'état des lieux du burnout des internes en médecine générale. Les auteurs concluent à un haut niveau d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale avec un taux de 16%, 33,8% avaient un score de dépersonnalisation élevé et 38,9% un score d'accomplissement personnel bas. Ils proposaient en conclusion en prévention la création d'une fiche de poste et un contrat de travail afin de permettre aux internes une prise de responsabilités progressive, valoriser les stages en médecine ambulatoire.

6 MESURES DE PREVENTION SECONDAIRES ET TERTIAIRES DEDIEES AUX MEDECINS HOSPITALIERS DANS LA LITTERATURE

Prévenir les RPS implique d'identifier les facteurs de risque qui relèvent de l'organisation du travail, des relations sociales au travail ou des conditions d'emploi. La démarche de diagnostic des facteurs de risque est le point de départ de toute prévention. En matière de RPS comme pour l'ensemble des risques professionnels dans les hôpitaux, elle se formalise dans le document unique d'évaluation des risques professionnels qui présente et analyse les principaux risques professionnels. Ce diagnostic, qui doit reposer sur une démarche participative intégrant les agents, permet ensuite la définition d'un plan de prévention des RPS en lien avec le CHSCT. La prévention comporte plusieurs facettes : en amont de la manifestation de RPS (prévention primaire), en accompagnement face à des situations à risque (prévention secondaire) voire en gestion d'une situation de crise (prévention tertiaire). La prévention primaire est essentielle car elle vise à supprimer le risque à la source par le biais d'une réflexion sur l'organisation du travail notamment. Il est de la responsabilité des chefs d'établissement de veiller à ce que des actions concrètes permettant de traiter les risques à la source soient mises en œuvre.
Malgré ce caractère essentiel de la prévention primaire, nous nous attacherons plus particulièrement désormais à rechercher les démarches de prévention secondaires et surtout tertiaires destinées aux médecins hospitaliers. En effet, malgré une politique de prévention des RPS existante au CHU de Bordeaux comme dans les autres CHU, et un axe prioritaire donné à cette thématique par le service de santé au travail, force a été de constater comme décrit dans les paragraphes précédents, le « malaise » grandissant chez les professionnels médicaux, échappant souvent aux mesures collectives ou individuelles mises en place en terme de prévention des RPS.

6.1 En préambule, préconisations non spécifiques de l'expertise collective de l'INRS

1- Informer et former les travailleurs

2- Veiller à la charge de travail de chacun
3- Garantir un soutien social solide
4- Donner des marges de manœuvre
5- Assurer une juste reconnaissance du travail
6- Discuter des critères de qualité du travail

Comment prévenir les RPS pour éviter le burnout?

• Évaluer au plus près du travail, par métier ou unité de travail, les six familles de facteurs de RPS.
• Réguler collectivement les dysfonctionnements, possibles sources de RPS, en agissant sur l'organisation et les relations de travail, notamment.
• Évaluer les contraintes de temps, les urgences, etc., et réguler la charge de travail, notamment afin de maintenir un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.
• Engager une réflexion sur les moyens de discuter des critères de qualité du travail pour l'ensemble des travailleurs.
• Développer le soutien aux travailleurs (par l'instauration de groupes d'expression entre pairs, par exemple).
• Développer toutes les formes de reconnaissance et de rétribution du travail (financière, symbolique, statutaire, etc.), veiller à l'équité et lutter contre toute forme d'injustice.
• Donner des marges de manœuvre au travailleur en le positionnant comme un acteur de confiance prenant part au fonctionnement de l'entreprise ou de la structure considérée.
• Informer et former les travailleurs sur le burnout, la prévention des RPS et l'existence d'un réseau d'acteurs de prévention (internes et externes à l'entreprise) mobilisable.

6.2 Dans « Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé»

Madeleine Estryn-Behar, fait ici la synthèse des constats et expérimentations de changements entre 1990 et 2010 dans les pays nordiques et anglo-saxons, il est pointé nécessaire de promouvoir des programmes de formation au fonctionnement en équipes interdisciplinaires au cours des études médicales comme au cours de l'exercice professionnel, afin d'avoir des attitudes facilitant échange d'information et coordination[104].

Elle souligne qu'une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif. Ainsi, après des observations montrant le manque de communication et de travail d'équipe, des interventions pour renforcer la cohésion des groupes, la communication et la collaboration entre infirmiers et médecins ont amélioré la qualité des soins, le plaisir au travail et réduit le turnover [105 106].

Des expériences visant à promouvoir la construction de vraies équipes ont été évaluées dans toutes les spécialités[107 108]. Grumbach et Bodenheimer [109] ont montré que les équipes présentant la cohésion la plus forte, et la meilleure synergie entre médecins et non médecins, sont celles obtenant les meilleurs résultats cliniques et la meilleure satisfaction des patients. Les stratégies à diffuser pour améliorer la sécurité incluent l'organisation du travail, la diffusion d'informations actualisées sur le lieu même du soin, et le partenariat avec les malades [110 111 112 113].

Chez les résidents américains, les idées suicidaires sont d'autant plus fréquentes qu'il existe un épuisement professionnel et que le travail de nuit est plus marqué[114]. Une amélioration de leur état de santé mentale et une réduction de l'incidence des erreurs médicales ont été obtenues par la limitation de leur temps de travail hebdomadaire[115116].

De nombreux éléments peuvent altérer en profondeur les fonctionnements du groupe et le travail d'équipe chez les professionnels médicaux et paramédicaux. Ce sont notamment l'isolement, l'individualisation des tâches, l'accroissement de la compétition au détriment des coopérations, les initiatives managériales inadaptées ou autoritaires, les injonctions paradoxales.

Il apparaît que les temps d'échanges formels, comme les réunions de service, les revues de dossiers ou revues de morbi-mortalité (RMM) sont nécessaires à la construction de l'équipe et ne peuvent pas se dérouler qu'entre médecins. Mais des rencontres plus informelles, lors des pauses quotidiennes, permettent de liquider, au jour le jour, une part du stress chronique des personnels hospitaliers. La réduction des temps de communication entre professionnels et l'accélération des rythmes rétrécissent le lien social.
La construction du travail dans une équipe pluridisciplinaire doit faire l'objet d'une promotion dont l'efficacité n'est plus à démontrer pour les médecins comme pour les paramédicaux. Le collectif de travail est encore plus important pour les salariés confrontés à la souffrance humaine que pour l'ensemble des salariés pour lesquels on a montré que cela conditionnait le plaisir ou la souffrance au travail[117].
Un suivi des professionnels plus systématique et efficace, dans le cadre d'une médecine du travail qui aurait de réels moyens d'action avec un vrai tiers-temps consacré à l'étude des postes et discussion des propositions en Comité d'hygiène sécurité et amélioration des conditions de travail (CHSCT), permettrait aussi de progresser dans la prise en compte de la fatigue, de déficit de sommeil et du stress au travail.

6.3 Dans la revue de la littérature

On retrouve dans la littérature une riche base sur la détresse liée au travail des médecins, mais les données sur les initiatives efficaces pour stabiliser et améliorer la santé mentale des médecins sont très limitées[118] et aucun article sur les démarches de prévention tertiaire ou de parcours de santé dédiés aux médecins hospitaliers.
Malgré tout, nous rapporterons dans un premier temps les éléments concernant les démarches de préventions secondaires recueillis, qu'elles soient individuelles ou collectives, puis des exemples de filières de soins spécifiques pour les soignants en Europe.

6.3.1 Démarches de préventions secondaires individuelles ou collectives

Le respect des règles hygiéno-diététiques : Maslow, psychologue américain, considère que les besoins d'un individu sont hiérarchisés et que la satisfaction des besoins physiologiques (boire, manger, dormir, se reproduire) doit précéder la tentative de satisfaction des autres besoins et notamment psychosociologiques (sécurité, appartenance, et reconnaissance), avant de pouvoir enfin atteindre les besoins spirituels (Réalisation de Soi)
La promotion des liens familiaux et sociaux. Près des trois quarts des internes parlent avec leur famille ou avec d'autres internes pour évacuer le stress (Shanafelt, 2002). Dans l'étude de Féraudet (2009), s'entretenir avec les membres de sa famille ou avec les amis est la seconde mesure adoptée par 56% des internes pour faire face au stress après les activités de loisirs et avant l'automédication (19,5%), les vacances (18,2%) et la consultation d'un médecin spécialiste (3,1%).
L'utilisation de techniques corporelles ou créatives : En 2012, 11% des 388 étudiants en médecine interrogés expliquent utiliser des techniques de relaxation pour faire face à leur anxiété (Afzal et al. 2012).
L'incitation à la formation continue
L'enseignement apporté au cours de cette année de formation, nous a aussi appris l'intérêt de la participation à un groupe Balint. Balint (1896-1970), psychiatre hongrois, a été influencé par les théories de Mélanie Klein et Winnicot et propose dans son ouvrage le plus célèbre, Le Médecin, son malade et la maladie (1957), d'étendre les pratiques de la psychanalyse à la médecine générale. Le « groupe Balint » a été défini au Congrès International Balint à Bruxelles en 1974 : « Groupe de médecins se réunissant régulièrement pour examiner la relation médecin-malade à travers l'exposé d'un cas. Ce travail s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient. La verbalisation des problématiques extra-professionnelles n'est pas posée comme but. Ces groupes sont animés par un

ou des leaders psychanalystes formés à cette méthode. Ces groupes peuvent être étendus à des personnes non médecins ayant des responsabilités thérapeutiques ». La fonction du groupe Balint est de comprendre les interactions relationnelles ainsi que les difficultés de la relation médecin-patient et d'utiliser cette compréhension émotionnelle à des fins thérapeutiques (Société Balint Belge).

La participation à des groupes de pairs : ces groupes ont été initiés en France, en 1987, par la Société Française de Médecine Générale (Wiertz, 2012). Une des caractéristiques de ce groupe est l'absence de hiérarchisation afin de permettre des échanges plus spontanés et plus faciles. Ce sont des groupes de praticiens d'une même discipline exerçant dans une même zone géographique qui se réunissent régulièrement pour partager, comparer et analyser leurs pratiques à travers des cas cliniques aléatoires. C'est une confrontation des pratiques entre pairs, ainsi qu'avec les données de la science. Les objectifs du travail sont multiples : renforcement de l'identité professionnelle, amélioration du confort de l'exercice médical, amélioration de la qualité des soins, limitation de l'isolement des praticiens. Ce groupe permet une mise en commun des connaissances professionnelles et favorise la réflexion en réseau. Cela permet une augmentation de l'estime de soi face à sa pratique quotidienne mais néglige l'aspect personnel.

Mache et al dans « Evaluation of self-care skills training and solution-focused counselling for health professionals in psychiatric medicine: a pilot study », montre l'efficacité sur la diminution de la perception du stress au travail, de la capacité de travail et de la satisfaction au travail, d'un programme d'intervention de santé, appliqué à des psychiatres allemands. Ce programme participatif comportait l'apprentissage de stratégies de faire face, cognitives et comportementales pour gérer les situations de travail et améliorer des compétences individuelles de travail, de pleine conscience et de résilience. Programme alternant des formations individuelles et de groupe, Ils conseillent le développement de programmes d'intervention comportant des éléments du prendre soin de soi et des stratégies de faire face.

M Bernburg et al. Dans « Does Psychosocial Competency Training for Junior Physicians Working in Pediatric Medicine Improve Individual Skills and Perceived Job Stress » en 2016, montre également l'efficacité d'un programme similaire chez des internes allemands en pédiatrie. Le programme suivi pendant 2 ans, comportait 12 sessions hebdomadaires de 1,5 heure, en dehors des heures de service. Il alternait entre apports théoriques, vidéo, discussion autours de situations de travail vécues et d'exercices expérimentaux. L'objectif étant l'acquisition de stratégie de faire face, notamment sur la gestion du stress, l'importance du soutien social et des projections dans l'avenir. Ce programme montrait son efficacité pour améliorer les compétences psychosociales. Pour rappel, les 10 compétences psychosociales définies par l'OMS sont autant d'aptitudes considérées comme essentielles et transculturelles qui permettent de "répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne", tout en maintenant "un état de bien-être mental". Ces 10 compétences sont : savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions, savoir se faire comprendre, être habile dans les relations, avoir un sens critique, avoir une pensée créative, se connaître soi-même, éprouver de l'empathie pour les autres, savoir gérer le stress, savoir gérer les émotions.

En 2014, Back et al[119], quant à lui, applique dans un service d'oncologie américain un programme d'intervention déjà en application dans les métiers de 1er recours (pompiers, …) également exposés aux risques de fatigue de compassion. Ce programme est basé sur le prendre soin de soi, l'alternance des sorties professionnelles à haut/bas niveau de stress, les débriefings, et un accompagnement par pairs et supérieurs hiérarchiques. Il montre l'efficacité du programme sur la perception de la satisfaction au travail, de la compassion, de la baisse de la perception du burnout et sur les traumatismes psychologiques secondaires. Dans une revue de la littérature, Voltner et al, [120] pointe que les femmes semblent plus profiter de réseaux sociaux, et que le réseau social peut être une ressource pour prévenir l'épuisement professionnel. Beaucoup encouragent les formations au management.

On retrouve également dans la littérature la mise en place de programmes d'apprentissage de pleine conscience destinés aux médecins[121 122] qui peuvent diminuer la perception du stress et la sensation de bien-être. Le manque d'enseignement et d'entraînement à la résilience est pointé par plusieurs auteurs (Krasner)[123].
Le Professeur Eric Galam, écrit dans la revue Médecine en Novembre 2015, un article intitulé : « aider à la résilience des médecins. Conclusions du colloque 2015 de l'European Association for Physician Health : construire un réseau européen pour la recherche et la pratique » où il conclut à la nécessité que les organisation de santé aident les professionnels de santé à construire leur propre résilience et à développer une pratique saine par la formation en communication et le soutien émotionnel qui facilitent la résilience, le travail sur l'estime de soi améliore la résilience et réduit le stress et la peur de prendre des décisions en rendant celles-ci plus efficaces et moins à risques d'erreurs, les programmes de soutien pour les professionnels stressés doivent être développés afin d'améliorer leur résilience et leurs performances, les professionnels les plus résilients remettent moins en cause leur vocation, or le sentiments de regrets par rapport au choix professionnel est corrélé au stress et à l'épuisement.

6.3.2 Les filières de soins spécifiques pour les soignants

6.3.2.1 Exemple Catalan

Le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM) fut créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone, par le Département de Santé et Sécurité Sociale de
Catalogne et le Service Catalan de Santé (Leriche et al. 2008). Ce programme a pour but d'assister les médecins qui présentent des problèmes psychiatriques et/ou des troubles addictologiques. Le PAIMM est un programme pionnier en Europe. Il dispose de procédures collégiales (accès direct, confidentialité, utilisation des contrats thérapeutiques), d'une unité d'assistance avec des services d'hospitalisation, d'hôpital de jour et de traitement ambulatoire, spécialisés et confidentiels, spécifiques pour les professionnels de la médecine.
La philosophie du PAIMM est fondée sur le Code de Déontologie Catalan dont l'article 101 stipule que « le médecin conscient d'être malade, de pouvoir transmettre une maladie et qui constate des difficultés pour exercer de façon pleinement efficace sa profession, doit consulter un ou plusieurs collègues pour qu'ils apprécient sa capacité professionnelle et suive les indications données » et l'article 102 que « le médecin informé de l'état de santé précaire d'un confrère, doit lui recommander (avec discrétion) de consulter. Ce médecin a également le devoir de communiquer cette information à l'Ordre de Médecins. La sécurité des patients doit toujours être la priorité ». Les objectifs de ce programme sont d'aider le plus grand nombre de médecins malades et assurer une assistance spécialisée nécessaire, afin de favoriser la réhabilitation de ces professionnels et d'assurer la sécurité des patients. La prise en charge personnalisée, la discrétion, la flexibilité dans le traitement et le support professionnel spécialisé s'adaptent aux caractéristiques de chaque patient. Ainsi, pour favoriser la confidentialité des soins, chaque prise en charge débute par l'assignation d'un faux nom. L'assistance sanitaire se réalise dans l'unité clinique du PAIMM, située dans une clinique privée dont la localisation ne se communique aux patients qu'au moment d'initier le traitement. L'unité clinique occupe une zone d'usage exclusif pour le PAIMM et s'organise en divers domaines : hospitalisation complète, hôpital de jour et traitement ambulatoire.

6.3.2.2 L'exemple du Québec

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) est un organisme autonome qui offre du soutien aux médecins en difficulté (Leriche et al. 2008). Les médecins qui le désirent peuvent s'adresser en toute confidentialité au PAMQ. Ce programme, créé en 1990, est issu de la volonté de médecins de mettre à la disposition de leurs collègues de la province une aide professionnelle et discrète en cas de besoin et de mener des campagnes de prévention et de sensibilisation. Le PAMQ est un organisme sans but lucratif et autonome. Le PAMQ offre une aide dans toutes les étapes du

trouble : entretien téléphonique et rencontre avec un des médecins du PAMQ; identification des problèmes et recherche de solutions; établissement d'un plan d'action, détermination des ressources appropriées et références personnalisées aux fins d'évaluation et de traitement; soutien tout au long de la démarche; réinsertion sociale et professionnelle; suivi périodique par un des médecins du PAMQ jusqu'au rétablissement. Ce programme trouve son équivalent dans chacune des provinces.

6.3.2.3 En France

En France, il existe des initiatives individuelles dans de nombreuses régions avec des structures de soins privées qui développent des unités dédiées à la prise en charge de médecins en difficultés psychologiques, mais sans parcours ou procédures encore bien établis. Ces initiatives tendent à se multiplier et seront très probablement l'objet d'un travail d'harmonisation nationale dans les temps à venir.

6.3.2.4 Quelques dispositifs d'aide aux médecins français en difficultés psychologiques.

L'association d'Aide aux professionnels de santé et aux médecins libéraux (AAPML) est le premier dispositif d'aide aux médecins libéraux en difficulté psychologique dans l'exercice de leur profession mis en place en France en 2004 par le Dr Régis Mouriès. Il s'agit d'une ligne téléphonique dédiée, disponible 7j/7. Elle permet aux appelants d'être mis en contact avec un psychologue clinicien spécialement formé à l'écoute téléphonique et aux problématiques des soignants. Elle est fondée sur les principes de l'anonymat et l'ouverture à tout appelant. Les services de l'AAPML sont soutenus par des fonds publics (ARS) et privés.

L'association Médecins Organisations Travail Santé (MOTS), existe depuis 2010. Elle a été crée en Haute Garonne par le Dr jean Thevenot et le Dr Jean Jacques Ormières avec l'aide du conseil départemental de l'Ordre Départemental des Médecins de Haute Garonne. Il s'agit d'une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche destinée à venir en aide aux médecins en difficultés et dédiée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel. Son objet est de proposer, en toute indépendance et dans le cadre de la plus stricte confidentialité, à tous les médecins en difficulté y compris ceux en formation, une écoute et un accompagnement adapté pour améliorer leur exercice professionnel et les aider à retrouver des conditions favorables à leur épanouissement personnel et professionnel. Son principal moyen d'action consiste à des consultations d'écoute, d'évaluation et de planification par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail (médecins-effecteurs MOTS) qui orientent éventuellement le médecin demandeur d'aide et d'accompagnement vers une personne ou une structure ressource, en fonction de sa problématique propre et avec son accord. Elle était présente en 2015 dans 8 régions.

Une liste non exhaustive des dispositifs français d'aide aux soignants a été synthétisée par le Pr Galam en Novembre 2011, dans le Volume 11, N9 de la revue Médecine.

7 MESURES DE PREVENTION SECONDAIRES ET TERTIAIRES DEDIEES AUX MEDECINS HOSPITALIERS DANS LES AUTRES CHU

7.1 Démarches auprès de 5 CHU et réponses

Nous avons sollicité 5 services de santé du travail de 5 CHU différents.

Nous avons pour cela adressé le 28 Juillet 2016 un mail aux médecins du travail, les questionnant sous la forme de questions ouvertes, sur les procédures mises en place dans leur établissement, en termes de communication, détection et prise en charge des RPS chez les médecins hospitaliers.

Nous avons reçu une réponse écrite et une réponse orale.

- Dans les deux cas, il est confirmé que c'est une problématique émergente, avec de nombreuses démissions ou demande de mise en disponibilité.
- Il n'existe pas de procédure formalisée au sein des établissements en dehors des commissions RPS qui peuvent exister.

- Dans les deux établissements les médecins en difficultés sont vus à la demande par le médecin du travail avec éventuellement une prise en charge par un psychiatre dans un des établissements, par psychologue dans l'autre établissement.
- Dans l'un des établissements, il est mis en place une visite médicale systématique d'embauche pour les internes, afin de les sensibiliser aux risques professionnels dont les RPS, dépister les internes en difficultés et de rappeler le rôle de la médecine du travail.
- Dans l'un des établissements, une réflexion collective associant les médecins, le service de santé au travail et l'administration est en cours sur la gestion des conflits interpersonnels.

7.2 Autres démarches

Dans un article du Quotidien du Médecin de Mai 2016, des initiatives innovantes sont décrites :

- L'une concerne l'AP-HP. Celle-ci a « concocté une recette maison » pour gérer les situations conflictuelles, votée à l'unanimité par la CME centrale. Ce plan propose des mesures de « bon sens » : réactivation de la médecine du travail par exemple, et administrative. L'AP-HP propose également depuis quelques années des formations aux managements, d'abord proposées aux chefs de pôles et services puis étendues à tous les PH.
- Une autre, le CHU de Saint Etienne, qui a créé en 2015 sa propre cellule d'écoute et de médiation à destination des médecins, coordonnée par un psychiatre et animée par des médecins. Ils apportent une aide individuelle ou collective selon la demande. Quatre niveaux d'interventions ont été définis (écoute, médiation, conciliation, arbitrage)
- A Montpellier, la commission sur les évènements indésirables associés aux soins ouverte à la suite d'un suicide d'un anesthésiste du CHU ayant commis une erreur médicale a suivi en 2015 une trentaine de praticiens et internes.

Au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), lors de leur engagement, tout nouveau médecin doit assister à deux demi-journées d'information sur le fonctionnement de l'hôpital. Au cours de cette formation, une conférence de sensibilisation du stress au travail est donnée par un psychiatre. Les médecins y reçoivent en autre une liste de psychiatres qui s'engagent à les recevoir dans un délai maximum de 2-3 jours en cas de souffrance psychologique.

Dans le rapport d'immersion de communauté intitulé « La souffrance des médecins au travail, de burnout, de Evain, Mekoa et Vincent notent qu'il est préférable que le soutien proposé soit indépendant de l'institution qui l'offre, car ils soulignent que le cas contraire peut engendrer des conflits d'intérêts et de confidentialité. En conclusion, il conclut que la prévention secondaire consiste en un dépistage suivi d'une prise en charge des cas précoces. Il s'agit de sensibiliser en premier lieu les responsables d'équipes afin qu'ils soient à même de détecter les cas sensibles et de prendre les mesures adéquates. Ce type de prévention vise également à stimuler la résistance des employés face aux stresseurs. Cela peut être mis en place par le biais de séances d'information, d'aménagements de locaux favorisant la détente, salles de gym, amélioration du coping des employés, etc.

Enfin on trouvera en annexe, une synthèse des préconisations émises dans le rapport de la mission à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, faisant suite au décès par suicide du Pr Jean Louis MEGNIEN

8 PREMIERES ETAPES DE LA CONSTRUCTION D'UN PARCOURS DE SANTE POUR LES MEDECINS HOSPITALIERS AU CHU DE BORDEAUX

Le service de santé au travail a comme axe prioritaire la prévention des risques psychosociaux et participe à des programmes de recherche nationale (ORSOSA, HEADS …)

Afin de mieux répondre à la demande, le service fonctionne en pluridisciplinarité depuis 2007. En effet en appui à l'action médicale et infirmière, l'équipe a alors été complétée d'une psychologue en santé au travail, puis en 2010 d'un préventeur en hygiène et sécurité, en 2012 d'un ergonome, en

2014 de psychologue santé au travail. Chacun participe à des missions collectives ou individuelles précises coordonnées.
Dans le cadre des RPS, les actions collectives, sollicitées par l'encadrement, les chefs de services ou de pôles, la direction, sont le plus souvent abordées par une psychologue, avec l'apport complémentaire de l'ergonome et d'un ingénieur des organisations afin de réaliser des diagnostics et de proposer des préconisations. Le tout se fait sous la coordination du médecin du travail du secteur concerné. Sur le plan individuel, les professionnels souffrant, bénéficient d'un suivi par le médecin du travail complété si besoin par la psychologue. Les demandes émanent des professionnels eux-mêmes, de l'encadrement, du chef de service, de la direction, ou surviennent dans les suites d'une action collective.
La commission des effets indésirables et des effets indésirables graves, analyse les erreurs médicales. Le SST participe à la démarche de l'analyse des causes par l'intermédiaire des psychologues. Ce type de problématique permet d'identifier des services potentiellement en difficulté, avec atteinte à la qualité du travail. Une prise en charge individuelle ou collective peut être proposée dans les suites.
On peut également citer, l'analyse par le SST des actes de violence signalés dans un logiciel, avec mise en place d'actions au décours si besoin.
Pourtant, les médecins hospitaliers échappent souvent à ces démarches de prévention, qu'elles émanent du SST ou de la direction. On ne peut en effet que constater le fort taux d'absentéisme aux convocations du SST même lorsque ces visites sont réglementaires (rayonnements ionisants), la très faible prise en charge individuelle par les psychologues ou les médecins du travail même après la survenue d'événements dramatiques dans les services ayant donné lieu à une « régulation » par les psychologues. Lorsque les médecins en difficultés consultent le SST, il est fréquent que les problèmes soient anciens et intenses et que la situation de travail soit profondément dégradée.
Si les demandes de prise en charge médicales ou psychologiques sont rares mais complexes, les sollicitations de participation aux comités médicaux destinés aux internes ou aux praticiens hospitaliers se multiplient. Enfin, certaines spécialités souffrent d'un manque d'effectif marqué et préoccupant.
C'est dans ce contexte local et national du décès du Pr MEGNEIN, que la réflexion sur la prévention secondaire et tertiaire des RPS des médecins du CHU s'est imposée. Cette réflexion est entre autre menée dans le cadre d'une sous-commission de la CME présidée par le Pr MORLAT, appelée «attractivité, accompagnement des carrières» mise en place en 2016 à laquelle participe le SST. La nécessité de construire un parcours de santé avec des personnes ressources identifiées et une procédure formalisée se pose.
En Juillet 2016, une réunion informelle entre le SST et le Centre de référence régional Anxiété-Dépression (CERPAD, CH Charles Perrens), permet de poser les premières bases d'un parcours de santé dédié aux médecins du CHU.
En Octobre, un groupe de travail réunissant le CERPAD, le SST du CHU et la CME a émis des propositions.
En premier lieu la rédaction d'une plaquette d'information en collaboration entre le CERPAD le service de santé au travail du CHU et la CME dont le contenu s'organiserait sur trois parties :

- La première sur l'exposition aux risques professionnels inhérents à la pratique médicale autour des thèmes : nature de l'activité, organisation et management, conditions relationnelles de travail, violence, conflit de valeur
- La seconde sur les signes cliniques précurseurs et la conduite à tenir en cas de détection
- La dernière sur la conduite à tenir et l'éventuelle orientation vers une prise en charge.

La transmission de cette plaquette pourrait être organisé sur deux niveaux de communication : la première en information générale, par la mise en ligne intranet du livret et sa présentation à l'accueil des internes et autres réunions médicales à définir. La seconde, en information ciblée dans les services particulièrement exposés aux risques ou déjà impactés.

L'accueil des confrères se ferait par un psychiatre ou un médecin du travail qui donnerait un avis confraternel, confidentiel, anonyme et en acte gratuit.
Dans un deuxième temps, est évoqué la possibilité de proposer dans 1 ou 2 services cibles, un dispositif d'accompagnement pluridisciplinaire dans le cadre d'une étude pilote sous réserve de financement.
Ces propositions doivent désormais formalisés en un parcours de santé structuré afin d'être rediscuté en Janvier au sein de la sous-commission.
Il est à noter, que dans le même temps, le SST a solliciter la CME pour réactiver les visites médicales pour les médecins hospitaliers, notamment en souhaitant mettre en place les visites d'embauche pour tous les nouveaux médecins et les visites de reprise après tout arrêt maladie supérieur à 30 jours. De leur côté les internes, s'organisent pour mettre en place une cellule de soutien pour leur pairs. Enfin de son côté, la direction propose à ces médecins depuis Octobre 2016 des sessions de mindfullness.

9 CONCLUSION

L'objectif de ce travail de mémoire était de décrire la construction d'un parcours de santé pour les médecins en difficultés psychologiques au CHU de Bordeaux.
Ce travail nous a permis d'identifier des facteurs de risques psychosociaux des professionnels de santé puis plus particulièrement des médecins hospitaliers, d'identifier leurs effets sur la santé des médecins et leur travail dans les hôpitaux, et enfin d'identifier des démarches de préventions secondaires individuelles ou collective. Mais au final, nous avons identifié peu d'éléments dans la littérature et dans notre état des lieux national sur un parcours de santé structuré dédié aux médecins en souffrance psychologique dans les hôpitaux. Ces parcours de santé existent probablement, mais d'une part témoigne de l'échec des mesures de prévention en amont, d'autre part ne sont pas protocolisés ou formalisés, et enfin notre recherche bibliographique n'était peut être pas assez ciblée. Compte tenu des limites de notre travail, il paraîtrait intéressant de le poursuivre afin de compléter l'état des lieux national des mesures de préventions existantes et formalisées.
La construction de ce parcours de santé au CHU de Bordeaux est en cours d'élaboration, en collaboration avec le Centre de Référence Régional Anxiété-Dépression du CH Charles PERRENS, le service de santé au travail du CHU et la Commission médicale d'établissement associées à et d'autres mesures de prévention (visite de reprise en médecine du travail après congés longue maladie …). Il s'appuierait sur le respect de la confidentialité. La prise en charge se ferait par un réseau de psychiatres ressources du CH Charles PERRENS et de médecins du travail ressources du CHU de Bordeaux. Une plaquette d'informations l'accompagnerait afin de sensibiliser sur les risques professionnels inhérents à la profession, les signes cliniques d'alarme. Enfin une campagne d'information auprès des chefs de services et services cibles compléterait l'action.
Quand ce parcours de santé sera finalisé et mis en place, il serait intéressant d'en évaluer son fonctionnement après une année de fonctionnement en terme qualitatif et quantitatif.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIE

[1] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
[2] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/18_02_17_-_cp_-_mission_igas_pr_megnien.pdf
[3] http://www.aphp.fr/actualite/hegp-rapport-final-de-la-mission-presente-en-directoire?page=3
[4] Askenazy P, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé », 2011, 223 p. Disponible sur : http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/documentationpublications,49/rapports,51/travail,900/sante-au-travail,1803/mesurer-les-facteurspsychosociaux,13319.htlm
[5] Karasek RA. Job demands, job decisions latitude and mental strain: implications for job redesign. Administrative Science Quaterly 1979; 24: 285-308.
[6] Karasek RA, Theorell T. Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, 1990
[7] Siegrist J. Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. J Occup Health Psychol 1996; 1: 27-43.
[8] Johnson, JV, Hall, EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health 1988; 78: 1336-1342.
[9] Bourbonnais R, Brisson C, Moisan J, Vezina M. Job strain and psychological distress in white collar workers. Scand J Work Environ Health 1996; 22: 139–45.
[10] Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. Scand J Work Environ Health 1989; 15: 271–9.
[11] Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q 1979;24:285–308
[12] Tanner G, Bamberg E, Kozak A, et al. Hospital physicians' work stressors in different medical specialities: a statistical group comparison. J Occup Med Toxicol 2015;10:7.
[13] Dossier INRS, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Mieux comprendre pour mieux agir
[14] Hochstrasser B, Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) : Le traitement du burnout, partie1: principes fondamentaux
[15] Hochstrasser B, Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques
[16] Freudenberger HJ. Staff Burn-out. Journal of Social Issues. 1974;30:159–65
[17] Le traitement du burnout, partie1:principes fondamentaux Barbara Hochstrasser
[18] INRS, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout
[19] Schaufeli et Greenglass, 2001
[20] Leiter MP and C. Maslach. Six areas of worklife:a model of the organizational context of burnout. Journal of Health and Human Service Administration JHHSA. 1999;472–89
[21] Pines A. Burnout: an existential perspective, in Professional Burnout: recent developments in theory and research, Schaufeli WB, Maslach C and Marek T, Editors.1993, Taylor and Francis: Washington D.C. p. 33–51
[22] Cherniss C. Professional burnout in human service organisations. 1980, New York: Praeger
[23] Shirom A, et al. Burnout and Health Review: Current Knowledge and future Research Directions, in International Review of Industrial and Organizational Psychology, G.P.F. Hodgkinson, J.K, Editor. 2005, John Wiley and Sons, Ltd. p. 261–88.
[24] Le traitement du burnout, partie1: principes fondamentaux Barbara Hochstrasser
[25] Article INRS (réf. FRPS 26), publié dans la revue *Références en santé au travail*, n° 131, septembre 2012
[26] Article INRS (réf. FRPS 38), publié dans la revue *Références en santé au travail*, n° 138, juin 2014
[27] Kristensen et al., 2005
[28] Pines, Aronson et Kafry, 1981
[29] Demerouti et al., 2003

[30] Nyklicek I and Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. Journal of Affective Disorders. 2005;88:63–8.
[31] Rössler W, et al. Zusammenhang zwischen Burnout und Persönlichkeit, Ergebnisse aus der Zürich Studie. Der Nervenarzt. 2013;84:799–805.
[32] Schaarschmidt U and Fischer A, Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster, Manual 1996, Frankfurt: Swets Test Services.
[33] Haberthür A, et al. Characterization of patients discharged for inpatient treatment for burnout: Use of psychological characteristics to identify aftercare needs. Journal of clinical psychology. 2009;65(10):1–17.
[34] Schramm E and Berger M. Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsbedingten depressiven Erkrankungen. Der Nervenarzt. 2013;84(7):791–8.
[35] Kramer M. Impact of healthy unit work environments on new graduate nurses environmental reality shock. West J Nurs Res 2013; 35:348-83.
[36] Dollard M. F, Psychosocial safety climate: a multilevel theory of work stress in the health and community service sector, Epidemiology and Psychiatric Sciences, page 1 of 7. © Cambridge University Press 2011
[37] CORDIER M. « L'organisation du travail à l'hôpital, évolutions récentes », Drees Etudes et résultats, n° 709, novembre 2009
[38] Cazabat S, Barthe B, Cascino N. Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ? Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé 2008;10:1-16.
[39] Rauhala A, Kivimaki M, Fagerstrom L, Elovainio M, Virtanen M, Virtanen M et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. J Adv Nurs 2007;57:286-95.
[40] Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet 2009;374:1714-21
[41] Harrington JM. Health effects of shift work and extended hours of work. Occup Environ Med 2001;58:68-72.
[42] TANAKA1 K, Differences in Medical Error Risk among Nurses Working Two- and Three-shift Systems at Teaching Hospitals: A Six-month Prospective Study , Industrial Health 2010, 48, 357–364
[43] Weigl M, Müller A, Vincent C, Angerer P, Sevdalis N. The association of workflow interruptions and hospital doctors' workload: a prospective observational study. BMJ Qual Saf 2012;21:399–407.
[44] Barclay L, Lie D. Interruptions Linked to Medication Errors by Nurses. Medscape Education Clinical Briefs; 2010.
[45] Kramer M, Schmalenberg CE. Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. Nurs Outlook 2003; 51:13-9.
[46] Amini K, Nurses' autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors, international journal of nursing practice, Vol 21, issue 1, 2015, 52-59
[47] Stordeur S, Vandenberghe C, D'hoore W. Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmiers : une étude dans un hôpital universitaire. Rech Soins Infirm 1999;59:57-67
[48] Delaney J, Cleary M, Jordan R, horsfall J, An exploratory investigation into the nursing management
[49] Roldán G, Salazar I, Garrido L, Ramos J. Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. Health 2013;5:193-99.
[50] Spurgeon PC, Burke RJ, Cooper CL. The innovation imperative in health care organizations: Critical role of human resource management in the cost, quality and productivity equation. Cheltenham, UK: Edward Elga; 2012
[51] Burke RJ, Ng ESW, Wolpin J. Economic austerity and healthcare restructuring: Correlates and consequences of nursing job insecurity. Int J Hum Resour Man 2015;26:640-56.
[52] Glazer S, Beehr TA. Consistency of implications of three role stressors across four countries. J Organ Behav 2005; 26:467-87.
[53]] Tunc T, Kutanis RO. Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. Nurs Health Sci 2009;11:410-16.
[54] Heaney C. Enhancing social support at the workplace: Assessing the effects of the caregiver support program. Health Educ Quart 1991;18:477-94.
[55] Chang W, Ma J, Chiu H, Lin K, Lee P. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. J Adv Nurs 2009;65:1946-55.

[56] AbuAlRub R, Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses, Journal of Nursing Schlarship, Volume 36, Issue 1, March 2004 ,73–78
[57] Riahi S, Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis, Journal of Nursing Management, Volume 19, Issue 6, September 2011 , Pages 721–731
[58] Constable JF, Russell DW. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. J Hum Stress 1986;12:20-6.
[59]] Kovner C, Brewer C, Wu Y, Cheng Y, Suzuki M. Factors associated with work satisfaction of registered nurses. J Nurs Sch 2006; 38:71-9.
[60] Shacklock K Brunetto Y, Teo S, Farr-Wharton R. The role of support antecedents in nurses' intentions to quit: the case of Australia. J Adv Nurs 2014;70:811-22.
[61] Chu C, Lee M, Hsu H. The impact of social support and job stress on public health nurses' organizational citizenship behaviors in rural Taiwan. Public Health Nurs 2006;23:496-505.
[62] Gorji HA, Etemadi M, Hoseini F. Perceived organizational support and job involvement in the Iranian health care system: A case study of emergency room nurses in general hospitals. J Educ Health Promot 2014;23:3-58.
[63] Mathumbu D, Dodd N. Perceived Organisational Support, Work Engagement and Organisational Citizenship Behaviour of Nurses at Victoria Hospital. J Psy 2013; 4:87-93.
[64] Laschinger HKS, Purdy N, Cho J, Almost J. Antecedents and consequences of nurse managers' perceptions of organizational support. Nurs Eco 2006;24:20-9.
[65] Chu C, Lee M, Hsu H. The impact of social support and job stress on public health nurses' organizational citizenship behaviors in rural Taiwan. Public Health Nurs 2006;23:496-505.
[66] Cao X, Chen L, Tian L Diao Y. The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: the mediating role of profesional self-concept. J Nurs Manag 2016; 24:77-86.
[67] Liu JY, Yang JP, Yang Y, Liu YH. The relationships among perceived organizational support, intention to remain, career success and self-esteem in Chinese male nurses. Int J NURS Stud 2015;2:389–93.
[68] Davidson H, Folcarelli PH, Crawford S, Duprat LJ, Clifford JC. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospitalbased nurses. Med Care 1997; 35(6): 634-45.
[69] Shader K, Broome ME, Broome CD, West ME, Nash M. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. J NursAdm. 2001 Apr;31(4):210-6.
[70] Foley BJ, Kee CC, Minick P, Harvey SS, Jennings BM. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. J Nurs Adm 2002; 32(5): 273-82.
[71] Rosenstein AH. Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. Am J Nurs. 2002 Jun ;102(6):26-34. Comment in : Am 49 J Nurs. 2002 Jun;102(6):7.
[72] Ernst ME, Messmer PR, Franco M, Gonzalez JL. Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting. Pediatr Nurs 2004 ; 30(3): 219-27. Erratum in: Pediatr Nurs 2005; 31(1): 20.
[73] McHugh ML. Cost-effectiveness of clustered unit vs. unclustered nurse floating. Nurs Econ. 1997 NovDec;15(6):294-300.
[74] Kalisch BJ, Begeny SM. Improving nursing unit teamwork. J Nurs Adm 2005; 35(12): 550-6.
[75] Broadbent DE, Cooper PJ, Fitzgerald PF, Parkes R., , The Cognitive Failures Questionnaire and its correlates. British Journal of Clinical Psychology 1982; 21: 1-16.
[76] Bissoondial et Ootim, Error making Part 2: Identifying the causes in nursing. Nursing management 2002; 9, 1.
[77] Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY, Pamer C. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. Am J Health Syst Pharm. 2001 Oct 1;58(19):1835-41. Erratum in: Am J Health Syst Pharm 2001 Nov 15;58(22):2130.
[78] El-Jardali F, Lagace M. Making hospital care safer and better: the structure-process connection leading to adverse events. Health Q 2005; 8(2): 40-8.
[79] Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004; 170(11): 1678-86.
[80] Spear SJ, Schmidhofer M. Ambiguity and workarounds as contributors to medical error. Ann Intern Med. 2005 Apr 19;142(8):627-30.

[81] Silen-Lipponen M, Tossavainen K, Turunen H, Smith A. Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. Int J Nurs Pract. 2005 Feb;11(1):21-32.
[82] Estryn-Behar M, Agir sur les risques psycho-sociaux des professionnels de santé, Groupe Mutualité Pasteur
[83] AMA. American Medical Association Council on Mental Health: The sick physician: Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependance. JAMA 1973; 223: 684-687
[84] Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet 2009;374:1714-21
[85] Lewinson W, Tolle SW, Lewis C. (1989). Women in academic medicine: combining career and family. N Engl J Med.; 321: 1511-1517
[86] Lert F, Castano I. Les médecins hospitaliers et leur travail dans le champ VIH/sida - Contraintes, stress et burnout. Rapport de recherche INSERM U 88, 1999, 87 p.
[87] Talbott GD, Richardson A.C., Atkins E.C The MAG (Medical Association of Georgia) disabled doctor's program: a two-year review, J. Med. Assoc. Ga., 1977; 66: 777-81.
[88] Gualtieri A.C., Cosentino J.P., Becker J.S. The california experience with a diversion program for impaired physicians JAMA 1983; 249, 2: 226-229.
[89] Mc Cue JD. The effects of stresses on physicians and their medical practice, N. Engl J. Med 1982; 306: 458-63.
[90] Estryn-Behar M. Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Paris : ESTEM, 1997, 256 p.
[91] Bernburg M, Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. BMJ Open. 2016 Jun
[92] Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al . Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis.
JAMA 2015;314:2373 – 83
[93] Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. Am J Psychiatry 1999; 156 (12): 1887-94.
[94] K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among danish medical doctors 1973-1992. Int J Epidemiol 1999; 28(3): 456-60
[95] Steppacher RC, Mausner J.S. (1974) Suicide in male and female physicians, JAMA, 228, 3, 323-28.
[96] Lindeman S, Laara E, Hirvonen J, Lonnqvist J. Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues? Psychol Med 1997; 27 (5): 1219-22.
[97] Ruitenburg MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2012;12:292 – 8
[98] Huges PH, Storr CL, Brandenburg NA, et al. Physician substance use by medical specialty. J Addict Dis 1999;18:23–37
[99] Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, et al . Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. Int Arch Occup Environ Health 2008;82:31 –8
[100] Estryn-Behar M, Kaminski M., Peigne E., Bonnet N., Vaichere E., Gozlan C., Azoulay S, Giorgi. Stress at work and mental health status among female hospital workers. M. British Journal of Industrial Medicine, 1990, 47, 20-28.
[101] Estryn-BeharM, KaminskiM, DebrayQ, Fouillot JP, GuillibertE, PeignéE, AzoulayS, BonnetN, GiorgiM, GozlanC, VaichèreE. Le médecin du travail comme pivot d'une observation pluridisciplinaire de la santé mentale des populations non demandeuses de soins psychiatriques —l'exemple du personnel paramédical, Arch Mal Prof 1991; 52 (6): 387-391.
[102] Rodary et al. Le stress des infirmières - Quelles conséquences sur leur santé? IGR Info 1993 : 1-4.
[103] Saint-Arnaud L, Gingras S, Boulard R, Vezina M, LeeGosselin H. Les symptômes psychologiques en milieu hospitalier. In: Estryn-BeharM, GadboisC, PottierM. Ergonomie à l'hôpital. Toulouse: Octares, 1992 : 338-342.
[104] Baker DP, Salas E, King H, Battles J, Barach P. The role of teamwork in the professional education of physicians: current status and assessment recommendations. Jt Comm J Qual Patient Saf 2005; 31(4):185-202. Comment in: Jt Comm J Qual Patient Saf 2005; 31(4):183-184.

[105] Horak BJ, Pauig J, Keidan B, Kerns J. Patient safety: a case study in team building and interdisciplinary collaboration. J Health Qual 2004; 26(2): 6-12.
[106] DiMeglio K, Padula C, Piatek C et al. Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team-building approach. J Nurs Adm 2005; 35(3): 110-20.
[107] Amos MA, Hu J, Herrick CA. The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. J Nurses Staff Dev 2005 ; 21(1):10-16
[108] Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ et al. Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. Crit Care Med 2006; 34(1): 211-218
[109] Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? JAMA 2004; 291(10): 1246-51.
[110] Estryn-Behar M. Ergonomie hospitalière - Théorie et pratique. Paris: ESTEM, 1996, 568 p. Réédition augmentée: Toulouse: Octares, 2012, 690 p.
[111] Estryn-Behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Paris : Masson, 2003, 177 pages.
[112] Estryn-Behar M, Poinsignon H. Travailler à l'hôpital. Paris: Berger-Levrault, 1989, 189 p.
[113] Schulmeister L. Ten simple strategies to prevent chemotherapy errors. Clin J Oncol Nurs. 2005 Apr;9(2):201-5.
[114] Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W. Burnout and suicidal ideation among US medical students. Ann Intern Med 2008; 149: 334–41.
[115] Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med 2004;351:1838–48
[116] West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. JAMA 2009;302:1294–300.
[117] Dejours C. Travail: usure mentale (Essai de psychopathologie du travail). Paris: Éditions du Centurion, 1980, 150 p.
[118] Machea,b Evaluation of self-care skills training and solution-focused counselling for health professionals in psychiatric medicine: a pilot study
[119] Back al, Compassion, compassion fatigue, and burnout: key insights for oncology professionals, Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2014:e454-9.
[120] Voltmer E[1], Social support and physicians' health. Psychosom Med Psychother. 2009;55 (1):51-69.
[121] Explore (NY). 2016 Jan-Feb;12(1):50-4. doi: 10.1016/j.explore.2015.10.005. Epub 2015 Oct 26. Pflugeisen BM[1], Brief Video-Module Administered Mindfulness Program for Physicians: A Pilot Study.
[122] Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism A Randomized Clinical Trial Colin P. West, JAMA 2014
[123] Beresin E, Physician Wellbeing: A Critical Deficiency in Resilience Education and Training, académic psychiatric.

Tableaux : revues et articles originaux identifiés à partir de Pubmed (2011-2016). Références bibliographiques sur l'état de santé mentale des médecins hospitaliers.

Titre, Auteur, année, revue, Pays	Méthodologie, schéma d'étude	Période	Population	Objectif de l'étude	Mesures	Résultats	Commentaires	Mesures de prévention
Common mental disorders related to incidents and behaviour in physicians Jong MA, 2016 , Occup Med	Review	2003-2013	Médecins hospitaliers	Etude de la relation entre CMD (common mental disorders) et les incidents médicaux et/ou comportement non professionnel chez les médecins hospitaliers.	Common mental disorders : burnout, stress, dépression et désordre anxieux	15 études retenues - Burnout et l'apparition d'incidents médicaux : association positive avec fort niveau de preuve (OR : 1,07 – 5,5). - Dépression et survenue d'incidents médicaux : association positive significative avec fort niveau de preuve (OR 2,2-3,29) - Fatigue et incidents médicaux : association positive significative dans 1 étude longitudinale et 1 étude transversale, mais 1 étude transversale montre une association non significative avec fort niveau de preuve (R 1,37) - Manque de sommeil et incidents médicaux : associations positive significative avec fort niveau de preuve (OR 1,10 – 1,37) dans 1 étude longitudinales et 2 études transversales - Pas d'association entre burnout, dépression, manque de sommeil fatigue et comportement non professionnel (preuve incohérente)		
Evaluation of self-care skills training and solution-focused counselling for health professionals in psychiatric medicine: a pilot study. Mache S, 2016, Int J Psychiatry Clin Pract. Allemagne	Study conytrolled trial	6 mois	72 Psychiatres Allemagne. 150 invitations/ de 12 hôpitaux du Nord et Est de l'Allemagne	Mise en place et évaluation d'un programme d'intervention de santé d'auto soins chez des psychiatres impliquant l'acquisition de compétences professionnelles, le développement de compétences cognitivo-comportement	Bien être, - satisfaction au travail, - perception de compétences individuelles pour faire face aux exigences quotidiennes du travail Utilisation, de questionnaires : PSQ, COPSOQ, l'échelle Brief Résilient coping, questionnaire d'auto-efficacité,	37 psychiatres dans le groupe/formation: - 72% de femme - Age moyen 33 ans Démonstration d'efficacité de la combinaison formation/ solution focused counseling sessions pour diminuer la perception du stress au travail, de la satisfaction au travail et de compétences personnelles Démonstration d'efficacité des compétences acquises et de la méthode Amélioration statistiquement significative sur la perception du stress, la capacité de résistance (facteur protecteur) et l'auto efficacité, la satisfaction au travail, la relation au patient, l'enthousiasme au travail, la diminution de la perception de conflit avec les patients, dans le groupe ayant reçu la formation Evaluation du programme: -évaluation de premier grade (TB)		Les psychiatres ont reçu des compétences dans le champ des risques psycho-sociaux, de la TCC et SFBF), lors de groupe limités à 10. Enseignement de l'auto soin par des psychothérapeutes accrédités supervisons ayant des compétences en TCC, thérapie systémique et SFBF)

				ales et solutions focused brief counselling (SFBC)	l'optimisme, le pessimisme	-forte motivation pour apprendre des techniques d'auto soins (la pleine conscience, la capacité de résilience, l'engagement) et cognitive-comportementales ("vie saine", engagement dans les relations sociales) et en ce qui concerne l'apprentissage de compétence personnelles pour leur vie professionnelle		
Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. Bernburg M,. BMJ Open. 2016 Jun Allemagne	Cross-sectional study	2011-2014	Étudiants en médecine avec minimum 1 an d'ancienneté, temps plein, 435 questionnaires évalués de 6 hôpitaux: service médecine interne, neurologie, chirurgie, pédiatrie, anesthésie et gynéco-obstétrique	Evaluer les différences sur la santé mentale, aussi bien que les capacités de travail suivant les conditions de travail chez les internes hospitaliers de spécialités différentes	Mesures détresse professionnelle, symptôme dépressif (ICD 10 symptom rating) capacité de travail (work ability index), évaluation des RPS par le COPSOQ, évaluation du stress par l'échelle de perception du stress (PSQ) Prise en compte des données socio démographique	61,8% de réponse 51 % de femme âge de 27 à 57 ans, avec la majorité entre 26 et 35 ans 63% de mariés ou en concubinage, 46% avaient des enfants Plus de fille avaient des enfants Ancienneté moyenne de 4 ans 17 % de haut niveau de « détresse professionnelle RPS» 9% haut niveau de symptômes dépressifs 11% de basse capacité de travail Différence significative entre spécialités sur la perception de la détresse professionnelle, symptômes dépressifs, capacité de travail, exigence du travail et les ressources du travail. Chirurgiens : le plus haut niveau de perception de détresse RPS et la plus haute capacité de travail et le plus bas score de dépression. Anesthésistes : plus haut niveau de symptômes dépressifs Plusieurs différences observées dans les exigences et les ressources du travail entre les spécialités : + haute demande quantitative pour les chirurgiens et interniste, plus haute demande émotionnelle pour les pédiatres, gynécologues et neurologue. + fort soutien social et de la qualité de la relation chez les pédiatres. Les débriefing et la qualité du leadership sont les plus bas chez les chirurgiens.		
Does psychosocial competency training for junior physicians working in pediatric medicine improve individual skills and perceived job stress Bemburg M, 2016, Eur J Pediatr	Randomized controlled trial	Mai Octobre 2014	55 internes travaillant à temps plein ayant moins de 2 ans d'expérience travaillant en pédiatrie dans 10 hôpitaux, en Allemagne	Mise en place et évaluation d'un programme de développement de compétence psychosocial (CPS) auprès d'internes de pédiatrie sur les effets sur la qualité des	la qualité de la relation au patient	69% de filles 27 ans de moyenne d'âge L'ancienneté moyenne 1 an La formation de compétence psychosociale professionnelle pourrait améliorer les compétences professionnelles des pédiatres juniors, réduire la perception de stress (d'accent), augmenter leur satisfaction au travail et des compétences psychosociales.		12 sessions hebdomadaires de 1,5 heures en dehors des heures de service. Travail sur des situations de travail réelles actuelles, les stratégies de faire face, l'apport des collègues et les objectifs futurs. Apports théoriques, vidéo, discussions orales, exercices expérimentaux

Allemagne				soins médicaux, l'engagement professionnel, la satisfaction au travail, la perception du stress				
Work family conflict in its relations to perceived working situation and work engagement. Mache S, Work. 2016 Allemagne	Cross-sectional study.			The current study investigates the relationship between physicians' job demands and resources, perceived job stress, work-family conflict, work engagement and job satisfaction.	Self-administered questionnaires, including the COPSOQ and the UWES	results illustrated significant relationships between physicians' work engagement and their job satisfaction as well as between job stress and work family conflict. Moreover, perceived job stress moderated the effect of high job demands on work family conflict. In addition, significant gender differences have been found in perceived stress levels, work family conflict and work engagement.	Article non lu Inaccessibe	
Systematic review protocol of interventions to improve the psychological well being of general practitioners Murray M, 2015	Review		Médecins généralistes libéraux	Développer et évaluer des interventions et stratégies pour améliorer le bien être des médecins généralistes et leur capacité de faire face aux défis de leur lieu de travail			Non lu, population non cible	Les sessions comportaient de l'éducation psychologique (théorique, vidéo d'observation, de la discussion de groupe, prise de conscience de soi même avec des exercices expérimentaux et exercices à la maison.

Managing work–family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors Mache S, 2015 Allemagne	Etude transversale par auto-questionnaire descriptive	2010-2013	727 médecins hospitaliers (63% de réponses/ 1154 envois)	Evaluer la prévalence du WFC (Work Family conflit) chez les médecins hospitaliers et en décrire les critères socio demographique, regarder les ressources personelles.	Utilisation d'outils validés WFCs (perception de WFC), FDR RPS/ COPSOQ Resources personnelles/ SWOP-29 questionnaire sur la confiance l'optimisme et le pessimism Resilience: BRCS (brief resilient coping scale)	54% de femmes, 62% étaient mariés 41% avaient des enfants Moyenne d'âge 35 ans 8 ans d'ancienneté professionnelle Perception d'un haut niveau de WFC suivant les données socio-démographiques (age statut marital, presence d'enfant) Pas de difference significative sur le sexe WFC: lien avec hautes charges de travail et exigences du travail Les facteurs d'organisation de travail aussi bien que les relations interpersonnelles au travail ont été identifié comme facteurs prédictifs + pour WFC. Les ressources du travail (influence, support social) et les ressources de la personne (comportement de résilience, confiance en soi), et le sens de la communauté sont protecteurs à WFC		
Compassion, Compassion Fatigue, and Burnout: Key Insights for Oncology Professionals Back al, 2014, Am Soc Clim Oncol Educ USA	Programme interventionnel pilote, descriptif	6 mois en 2009	153 personnes d'un service d'oncologie (IDE, médecins, RH …)	Application dans un service d'oncologie d'un programme protocolisé pilote de prévention de la fatigue de compassion inspiré des programmes dédiés aux soins de 1er recours	Procol4 (professionnel quality of life)	Efficacité du programme sur perception de la satisfaction au travail, de la compassion, de la baisse du burn out et sur les traumas secondaires		
Social support and physicians' health Voltmer E, Spahn C. 2009, Psychosom Med Psychother Allemagne	Review	1970-2007	Médecins généralistes	Etude de la relation entre réseau social et épuisement professionnel		Les femmes semblent profiter plus du réseau social que les hommes. Le réseau social pet être une ressource pour prévenir l'épuisement professionnel	Non lu, en allemand	Contenu base sur les principes de techniques d'auto-soins (mindfulness) formation comportementale et cognitive et SFBF

Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism A Randomized Clinical Trial Coli P west 2014 AMA Intern Med.	randomized clinical trial	September 2010 and June 2012	90 practicing physicians in the Department of Medicine at theMayo Clinic in Rochester,Minnesota	testing an interventionwith protected time (1 hour of paid time every other week) provided by the institution to promote well-being and reduce distress in physicians.		Participants in the facilitated small-group intervention experienced significant improvements in meaning, empowerment, and engagement in work beyond that seen in the physicians receiving only protected time. These differences, which became most apparent toward the end of the study period, were sustained for 12 months after the end of the intervention period. In addition, rates of depersonalization decreased markedly in the intervention arm of the study compared with the control arm, a result that was also sustained for 12 months following the study. These findings suggest that although receiving unstructured protected time offered some benefits by itself, the advantages of the small-group curriculum were greater and persisted after the intervention concluded, particularly for meaning and the closely associated interpersonal aspects of burnout. Differences in other domains of burnout and distress were not found between the trial arms, although compared with the nontrial participants, the facilitated small-group intervention resulted in improvementsmore broadly, including across all domains of burnout.		Building on previous literatur, this intervention involved facilitated physician discussion groups organized around a curriculum incorporating elements of mindfulness, reflection, shared experience, and small-group learning intended to promote collegiality and community at work among participants

1 Dépression

Le diagnostic de la dépression [1]répond à des critères très précis fixés par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, en anglais) et l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5, en anglais)[2]. Il existe neuf symptômes caractéristiques de la dépression. Pour que le diagnostic de dépression puisse être posé, le patient dépressif doit en présenter au moins cinq, presque tous les jours depuis au moins deux semaines, dont obligatoirement l'un des deux premiers de la liste :
- une tristesse quasi-permanente, avec parfois des pleurs (humeur dépressive)
- une perte d'intérêt et du plaisir à l'égard des activités quotidiennes, même celles habituellement plaisantes (anhédonie)
- un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif ou inapproprié
- des idées de mort ou de suicide récurrentes, le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- un ralentissement psychomoteur
- une fatigue (asthénie), souvent dès le matin
- une perte d'appétit, souvent associée à une perte de poids
- des troubles du sommeil avec en particulier des insomnies matinales
- des difficultés attentionnelles, de concentration et de mémorisation

Pour les patients qui présentent entre 5 et 7 symptômes, la dépression est considérée comme légère à modérée. Au-delà de 8, elle est dite sévère. Des échelles d'autoévaluation (évaluation par le patient lui-même) ou d'hétéro-évaluation (par le médecin) permettent d'évaluer plus précisément la sévérité de ces symptômes, comme l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) ou encore l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS).

Les rechutes principal facteur de risque à moyen et long terme. Un premier épisode dépressif peut se résoudre par une rémission spontanée dans les 6 à 12 mois. Mais les épisodes isolés sont assez rares : une première dépression annonce souvent une récidive. Celle ci intervient dans les cinq années suivantes dans 50% à 80% des cas.

Généralement, plus les récidives sont nombreuses, plus la dépression est sévère et le pronostic à long terme compromis. Certains facteurs, par exemple le fait de vivre seul, augmente le risque d e chronicisation de la dépression.

L'objectif du traitement est de réduire les symptômes mais aussi de limiter ce risque de récidive à moyen et à long terme

Les symptômes dépressifs ont des répercussions familiales, sociales et professionnelles. En effet, il peut être difficile pour l'entourage de comprendre et d'accepter qu'un adulte se lève fatigué, pleure sans raison et n'ait envie de rien faire.

Côté vie professionnelle, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), datant de 2014, indique notamment qu'un homme présentant une dépression caractérisée a moins de chance que les autres de conserver son emploi à moyen terme : 82 % versus 93 % à 4 ans.
Selon un rapport de l'Académie de médecine, le risque de tentative de suicide est multiplié par 21 en cas d'épisode dépressif, et par quatre en cas de rémission partielle par rapport à la rémission complète. Au final, entre 5 à 20 % des patients se suicident. La majorité d'entre eux n'ont pas reçu d'antidépresseurs, faute de diagnostic ou de problèmes de suivi. Les personnes sous antidépresseurs au long cours ont un risque suicidaire moindre.

La dépression est en outre associée à une morbidité et une mortalité cardiovasculaire accrue. Elle altère le pronostic des patients présentant ce type d'affections. Elle est d'ailleurs le principal facteur de mortalité après un infarctus du myocarde.

On estime que près d'une personne sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie.

Les données de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé indiquent qu'en 2010, 7,5 % des 15-85 ans avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Les chiffres varient par tranche d'âge : 6,4 % chez les 15-19 ans, 10,1 % chez les 20-34 ans, 9 % chez les 35-54 ans et 4,4 % entre 55 et 85 ans. Chez les hommes, la prévalence est maximale entre 45 et 54 ans (10,3 %).
La dépression ne concerne pas que les adultes. La prévalence des troubles dépressifs est estimée à entre 2,1 à 3,4 % chez l'enfant et à 14 % chez l'adolescent. Chez ces jeunes patients, le diagnostic est plus difficile à réaliser que chez l'adulte : les manifestations de la dépression varient en effet en fonction du stade de développement, qui modifie les capacités d'introspection et de communication.

Facteurs de risque en cours d'identification

Des situations et des événements de la vie (un décès, une perte d'emploi, une séparation…) sont associés à un risque accru de dépression. C'est aussi le cas de traumatismes précoces, notamment affectifs ou sexuels, survenus au cours l'enfance. Néanmoins, toutes les personnes exposées à ce type d'événements ne développent pas la maladie. De plus, certaines personnes font une dépression sans motif apparent. Il existe donc une susceptibilité individuelle à la dépression.
Cette vulnérabilité est en partie génétique. Ainsi, un individu dont l'un des parents fait une dépression a deux à quatre fois plus de risque d'être lui-même dépressif au cours de sa vie. Certaines variations génétiques associées à cette vulnérabilité ont été identifiées, par exemple au niveau des gènes codant pour le transporteur de la sérotonine ou pour un facteur essentiel à la prolifération, la différenciation et la survie des neurones (le BDNF pour Brain-Derived Neurotrophic Factor). Néanmoins, l'impact de ces variations

génétiques dépend de l'environnement. On parle d'interaction gène-environnement. Des travaux ont par exemple montré que certains des individus qui développent davantage de dépression et d'idées suicidaires après des stress précoces (menaces, abandon, violences, abus pendant l'enfance) sont ceux qui possèdent des « versions courtes » du gène codant pour le transporteur à la sérotonine.

D'autres mécanismes semblent impliqués. Ainsi, un déficit dans la régulation du système de réponse au stress (l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien) et des anomalies des neurones de l'hippocampe (région du cerveau impliquée dans la cognition et les émotions) sont souvent observés chez les patients sévèrement déprimés. Ces deux phénomènes sont d'ailleurs vraisemblablement liés : l'altération de la réponse au stress conduit à une sécrétion anormalement élevée de cortisol (l'hormone du stress) qui est potentiellement neurotoxique et peut entrainer une désorganisation, voire une dégénérescence neuronale dans l'hippocampe. L'augmentation de la sécrétion de cortisol entraîne en effet une diminution de la production du BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor), un facteur essentiel à la prolifération, la différenciation et la survie des neurones

2 Troubles anxieux

1 L'anxiété :

«L'anxiété est au cœur de chaque homme, de chaque civilisation, et si les grandes découvertes de l'homme moderne, à l'ère atomique et interplanétaire, sont de nature à être génératrices d'angoisse, l'histoire nous rappelle que l'anxiété est un phénomène de toujours dans l'expérience humaine»[3]

« Le concept d'anxiété est, comme le concept d'émotion, difficile à définir.
L'anxiété a d'abord été un objet d'intérêt philosophique, puis médical, puis psychologique puis enfin d'intérêt sociologique.
L'anxiété est un symptôme que l'on retrouve dans tous les troubles psychiatriques, dont les troubles anxieux et le trouble bipolaire.
L'anxiété est un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux »[7]

2 Nosographie actuelle des troubles anxieux

Les classifications actuellement utilisées par la communauté scientifique internationale sont celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CIM-10, et celle de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le DSM-5.
La 5ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

(DSM-5) publié par l'APA en mai 2013 apporte plusieurs changements importants à la catégorie diagnostique des troubles anxieux. Ils incluent la répartition de certains troubles dans plusieurs nouveaux chapitres, le regroupement de certains troubles, l'ajout de nouveaux troubles et l'amélioration des critères utilisés pour certains troubles. Le chapitre des troubles anxieux n'inclut plus le TOC ni l'ESPT, ces derniers étant inclus dans des chapitres indépendants s'intitulant respectivement TOC et apparentés et troubles liés à des traumatismes ou des facteurs de stress.

3. Les troubles anxieux

Le trouble panique et l'agoraphobie

Les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie, de trouble panique sans agoraphobie et d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique du DSM-IV sont remplacés par deux diagnostics distincts: le trouble panique et l'agoraphobie. On pose simplement les deux diagnostics lorsque les deux problématiques sont présentes; elles deviennent alors deux pathologies comorbides.

Le trouble panique et attaques de panique

Le trouble panique est caractérisé par la présence d'attaques de panique spontanées. Plusieurs attaques peuvent être provoquées par l'exposition à des stimuli phobogènes, mais sa spécificité repose avant tout sur le caractère spontané d'au moins certaines d'entre elles.

Le DSM-5 a ajouté un spécificateur «avec attaques de panique» qui peut venir préciser n'importe quel trouble mental (par exemple «trouble dépressif majeur avec attaques de panique) ou même certaines affections médicales («asthme avec attaques de panique») lorsque des attaques de panique surviennent exclusivement dans le contexte de ce diagnostic.

Les attaques de panique qui ne surviennent pas dans le cadre du trouble panique, mais qui sont associées à d'autres troubles, sont fréquentes et influencent la psychopathologie, la sévérité et le pronostic.

L'agoraphobie

Pour retenir un diagnostic d'agoraphobie, il faut maintenant que les peurs concernent deux situations ou plus, afin de distinguer l'agoraphobie de la phobie spécifique.

En ce qui concerne l'agoraphobie, les critères n'exigent plus que les personnes soient âgées de plus de 18 ans pour reconnaître que leur anxiété est excessive ou déraisonnable. Le trouble doit maintenant durer depuis au moins six mois.

Critères diagnostiques de l'agoraphobie selon le DSM-5A.

Peur ou anxiété marquées pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes: (1)Utiliser les transports en commun (2)Être dans des endroits ouverts (3)Être dans des endroits clos (4)Être dans une file d'attente ou dans une foule (5)Être 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 du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants C. Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété D. Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitent 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 causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social,professionnel ou dans d'autres domaines importants H. Si une autre affection médicale 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

Les phobies spécifiques

On retrouve les mêmes critères diagnostiques des phobies spécifiques dans le DSM-5 que dans le DSM -IV. Les différents types de phobies spécifiques, demeurent essentiellement inchangés.
Les critères n'exigent plus que les personnes soient âgées de plus de 18 ans pour reconnaître que leur anxiété est excessive ou déraisonnable.

Le trouble anxiété sociale (TAS)

Le spécificateur «généralisée» du DSM-IV disparaît et est remplacé par le spécificateur «de performance uniquement»(23) pour désigner un trouble dans lequel les peurs ne concernent que les situations de performance (parler ou agir devant une audience).

On note la disparition du critère C du DSM -IV «le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur»; il appartient maintenant au clinicien de déterminer si l'anxiété est excessive, en tenant compte des symptômes signalés par le patient et des facteurs socioculturels.

Le critère de la durée de six mois des symptômes, concernant les individus de moins de 18 ans dans le DSM -IV, est maintenu élargi à tous les âges dans le DSM-5.

Critères diagnostiques du trouble anxiété sociale selon le DSM-5

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 et des situations de performance B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses 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 aux effets physiologiques d'une substance ni à une autre affection médicale I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental J. Si une autre affection médicale est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs

Le trouble anxiété de séparation et le mutisme sélectif

Le trouble anxiété de séparation et le mutisme sélectif, qui étaient classés dans les troubles apparaissant habituellement dans la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, sont maintenant répertoriés dans le chapitre des troubles anxieux. Ils demeurent essentiellement inchangés mais la formulation des critères a été modifiée montrant que les troubles peuvent persister à l'âge adulte. En effet, il a été montré que le trouble anxiété de séparation peut persister de l'enfance à l'âge adulte, et dans certains cas, apparaître à l'âge adulte.

Le trouble anxiété généralisée (TAG)

Il n'existe aucun changement concernant le trouble d'anxiété généralisée dans la 5ème version du DSM

Critères diagnostiques du trouble anxiété généralisée selon le DSM-5

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 ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois):
(1) Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
(2) Fatigabilité
(3) Difficultés de concentration ou trous de mémoire
(4) Irritabilité
(5) Tension musculaire
(6) Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)
D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale
F.La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental

3 Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) a été déplacé dans un nouveau chapitre qui inclut le stress aigu et le trouble de l'adaptation. La nouvelle catégorie vise à mettre en évidence des caractéristiques qui distinguent ces troubles des autres troubles anxieux.
Ce chapitre reflète maintenant une approche développementale.
Stress aigu et TSPT se développent en réaction à un événement traumatique, certains auteurs reconnaissent une étiologie commune du traumatisme pour ces deux pathologies.
Un changement important est l'abolition du critère diagnostique du DSM-IV concernant la réaction subjective à l'événement traumatique («la réponse de la personne a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur»).

4.1 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le DSM-IV répartissait les 17 symptômes objectivant le Trouble de Stress Post-Traumatique en trois grands groupes: les reviviscences (critère B), les évitements et l'émoussement de la réactivité générale (critère C) et l'activation neurovégétative (critère D).

Le DSM-5, quant à lui, propose quatre clusters comptabilisant un total de 20 signes cliniques. Pour l'essentiel, ceux-ci sont identiques à la version précédente. Trois symptômes ont été ajoutés; quelques uns ont été révisés. L'ensemble évitement/émoussement de la réactivité générale du DSM-IV a été scindé: dorénavant, les évitements constituent le critère C; les symptômes d'engourdissement émotionnel auxquels ont été adjoints deux nouveaux symptômes, le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) forment le critère D.
Quant au critère E, regroupant les signes témoignant de l'hyperactivation neurovégétative et de l'hyperréactivité, il reprend les symptômes del'ancien cluster D ainsi qu'un nouvel item, le comportement autodestructeur ou imprudent.
Le diagnostic tient maintenant compte de l'aspect développemental par l'abaissement des seuils diagnostiques pour les enfants et les adolescents.

Critères diagnostiques de trouble de stress post-traumatique selon le DSM-5

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes:
(1)En étant directement exposé à un ou à plusieurs évènements traumatiques (2)En étant témoin direct d'un ou de plusieurs évènements traumatiques survenu à d'autres personnes (3)En apprenant qu'un ou plusieurs évènements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les évènements doivent avoir été violents ou accidentels (4)En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversive du ou des évènement traumatiques
B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs évènements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des évènements traumatiques en cause:
(1)Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des évènements traumatiques provoquant un sentiment de détresse (2)Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux évènements traumatiques (3)Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet e sent ou agit comme si le ou les évènements traumatiques allaient se reproduire (4)Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des évènements traumatiques en cause (5)Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des évènements traumatiques

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes:

(1)Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs évènements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse
(2)Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs évènements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants:

(1)Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des évènements traumatiques
(2)Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde
(3)Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs évènements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes
(4)Etat émotionnel négatif persistant
(5)Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
(6)Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
(7)Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants:

(1)Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou envers des personnes ou des objets
(2)Comportement irréfléchi ou autodestructeur
(3)Hypervigilance
(4)Réaction de sursaut exagérée
(5)de concentration
(6)Perturbation du sommeil

F. La perturbation dure plus d'un mois

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale

4.2 L'Etat de stress aigu (ESA)

En ce qui concerne le trouble de stress aigu, l'accent mis par le DSM-IV sur les symptômes dissociatifs est jugé trop restrictif. Le nouveau critèreest que 9 symptômes sur 14 listés soient présents, quels que soient les clusters auxquels ils appartiennent: pensées et images intrusives, humeur négative, dissociation, évitement ou hyperréactivité. Les victimes d'un événement délétère en état de stress aigu peuvent manifester une gamme de réponses incluant ou non des symptômes dissociatifs.
Cette entité se limite aujourd'hui à identifier les victimes souffrant de réactions de stress sévère dans la période de latence durant laquelle le diagnostic de TSPT ne peut être posé

4 Les troubles addictifs

L'addiction désigne un mode d'utilisation compulsive d'une substance et la perte de contrôle face à celle-ci, la prise de drogue devenant alors le but principal de l'activité comportementale de l'individu.

Les troubles addictifs regroupent : alcoolisme, toxicomanies, tabagisme et addictions comportementales (ex : jeu, internet).
Les substances psychoactives à risque de dépendance, agissent sur le circuit de récompense du cerveau. Ce circuit est impliqué dans le plaisir lié à des comportements, notamment de nutrition et de reproduction de l'espèce.
Les substances psychoactives sollicitent anormalement ce circuit naturel et entraînent la possibilité de son déséquilibre permanent[45].

On distingue 4 catégories d'utilisateurs[6]:
• expérimentateurs : ont utilisé une substance « au moins une fois dans leur vie » ;
• occasionnels : utilisent une substance « au moins une fois dans l'année » ;
• réguliers : consomment tous les jours ;
• consommateurs à problème : ont des problèmes d'abus et de dépendance.

<u>Classification des troubles psychiques</u>
Il existe plusieurs façons de décrire les troubles psychiques, correspondant à différents courants de l'histoire de la psychiatrie.
A l'heure actuelle, deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont utilisées :
• Classification internationale des maladies de l'Organisation
Mondiale de la santé, dixième version (CIM-10),

• Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V), développé par l'Association américaine de psychiatrie.
Elles proposent une description clinique de syndromes mais ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

Diagnostic des troubles addictifs

Les classifications distinguent la dépendance (l'addiction), et l'usage nocif ou l'abus de substance.

Dépendance : ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, associés à :
• un désir puissant de prendre la substance ;
• une difficulté à contrôler la consommation ;
• une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives ;
• un désinvestissement progressif des autres activités et obligations, au profit de cette substance ;
• une tolérance accrue et parfois un syndrome de sevrage physique (Cim-10).

Usage nocif : mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable pour la santé physique et/ou psychique (CIM-10).

Une dépendance variable en fonction des substances [7]
• Héroïne : dépendance physique et psychologique très forte.
• Tabac : dépendance physique forte et psychologique très fortes.
• Alcool : dépendance physique et psychologique très fortes.
• Cocaïne : dépendance physique faible et dépendance psychologique forte mais intermittente.
• Benzodiazépines : dépendance physique moyenne et dépendance psychologique forte.
• Ecstasy : dépendance psychique très faible et dépendance physique inconnue.
• Psychostimulants : dépendance physique faible et dépendance psychologique moyenne.
• Cannabinoïdes : dépendance physique et psychologique faibles.

Addiction aux médicaments psychotropes
Les anxiolytiques et hypnotiques de la famille des benzodiazépines entraînent 2 types de dépendances.
Dépendance à faible dose : celle des personnes qui ont commencé par un « petit » tranquillisant ou un « petit » somnifère et qui, au bout de plusieurs années, n'arrivent plus à s'en passer.
Il n'y a pas d'augmentation spectaculaire des doses, ni d'ivresses ou de phases d'amnésie antérograde. Les inconvénients majeurs de ce type de dépendance au long cours sont :

• des troubles de la mémoire ;
• des difficultés de concentration ;
• une aggravation de l'affaiblissement des fonctions intellectuelles lié à l'âge.

Dépendance à forte dose : de type toxicomaniaque.
Souvent les toxicomanes utilisent ces substances comme calmants (pour « faire parachute » après une montée trop forte de cocaïne, de crack, ou d'amphétamines) ou comme enivrants (pour remplacer l'euphorie de l'héroïne).
Associés à l'alcool, ils en augmentent les effets et conduisent souvent à des épisodes de passage à l'acte avec amnésie antérograde (oubli à mesure). Ces médicaments ont aussi pu être utilisés comme « drogues de soumission » de façon criminelle (viols, vols…).

Addiction à l'alcool
C'est, de loin, la substance psychoactive la plus consommée en France. Les expérimentateurs représentent 46,9 millions de personnes, 9 millions de réguliers et 3,4 millions de consommateurs à problème ou à risque de dépendance.
Un usage nocif peut entraîner diverses pathologies (cancers variés, maladies du foie et du pancréas, troubles cardio-vasculaires, maladies du système nerveux, anxiété, dépression, troubles du comportement …). En 2009, on estime que 49 000 décès par an sont attribuables à l'alcool.
Le simple usage non abusif, peut être défini comme une consommation d'alcool qui n'entraîne pas de conséquences sur la santé du consommateur, ni de troubles du comportement ayant des conséquences sur l'entourage.
Il existe des dépendances acquises très tôt, chez des sujets jeunes, qui recherchent l'ivresse et perdent facilement le contrôle de leur consommation. Mais il existe aussi des dépendances installées progressivement, chez des personnes qui boivent régulièrement, avec peu d'épisodes d'ivresse.
L'alcoolodépendance, malgré sa fréquence et la gravité de ses conséquences, est trop souvent prise en charge très tardivement.

Addiction au tabac
Le tabac contient des alcaloïdes, dont le principal est la nicotine. Il existe en France 38,2 millions d'expérimentateurs et 13 millions de fumeurs dépendants. Un tiers des expérimentateurs deviennent dépendants : pourcentage important, car pour les drogues les plus dures (héroïne ou crack), on estime que 10 à 20 % seulement des expérimentateurs deviendront dépendants. Même si la dépendance physique ne touche que 20 à 30 % des fumeurs, la dépendance psychologique ou comportementale est très importante.
En chiffres absolus, le tabac est la substance psychoactive qui entraîne le plus de décès, et il faut ajouter les répercussions sur la grossesse : 20% des avortements spontanés lui sont imputables.

Addiction comportementale

La dépendance au jeu d'argent et de hasard est la principale « addiction sans drogue ». En France, 0,4% de la population correspond au critère de jeu pathologique, auxquels s'ajoutent 0,9% de joueurs à problèmes.
Elle est responsable de surendettements, de dépressions, voire d'actes de délinquance. Les plus addictifs sont les jeux à résultat instantané (machines à sous de casinos, Rapido, cartes à gratter et courses par courses sur écran).

5 Burn out

En 2015, a été publié par l'INRS, l'avis d'expert : « Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir ». Selon eux le terme « burnout » qui qualifie le burnout à l'origine, une construction sociale et scientifique apparue dans les années 1970, pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin. En 2016, le réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) à quant à lui rédiger des recommandations sur les principes fondamentaux du traitement du burnout. Nous nous appuierons sur ces 2 avis d'experts pour la rédaction de ce chapitre. [8910]

Le concept du burnout a été décrit pour la première fois par le psychiatre américain Freudenberger en 1975, sur la base d'une auto-observation comme étant un syndrome d'épuisement associé à une aliénation cynique de ses patients et à l'évaluation subjective de capacités réduites [11 12]. Sa thèse stipulait qu'une implication altruiste excessive et des attentes irréalistes à l'égard de sa propre efficacité étaient à l'origine de l'apparition de cet état et que le traitement consisterait dans une meilleure auto-prise en charge (ou prise en charge de soi par soi) et dans des attentes de réussite réalistes.

Il a ensuite fait l'objet de nombreux travaux, notamment ceux de la psychologue sociale Christina Maslach, qui ont donné lieu à plusieurs définitions, toutes convergentes sur au moins un point: le burnout se traduirait par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes[13].
Le burnout se traduit alors par un «épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel[14] ».
Selon la conceptualisation de Christina Maslach, le burnout n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie (dépression ou maladie somatique) et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial.

Leiter et Maslach [15] ont identifié six facteurs de risque de burnout : surcharge de travail, manque d'autonomie, manque d'estime, manque d'esprit d'équipe, manque d'équité, conflits de valeurs.

Pines [16]-a compris le burnout comme l'expression d'une perte de sens et l'orientation exclusive vers des valeurs matérielles. Cherniss [17] a estimé que le burnout traduisait un échec d'adaptation à la réalité professionnelle. Shirom et al. [18] ont assimilé le burnout à une érosion continue de l'énergie émotionnelle, physique et intellectuelle, consécutive à un état de stress chronique.

Uniquement formulé initialement dans la psychologie du travail, le concept du burnout a fait de plus en plus l'objet d'une attention critique même dans le domaine médical, au cours des dernières années. [19]

Le burnout ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie. Ainsi il ressort de ces classifications médicales que le burnout ne se caractérise pas par un «diagnostic clinique» unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établis. En revanche, il est défini comme un syndrome – le syndrome d'épuisement professionnel – qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu, sans pour autant se référer à un élément causal dans sa définition.

Un syndrome à trois dimensions

Les travaux scientifiques, et notamment ceux de Christina Maslach, ont permis de concevoir le burnout comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions :

• L'épuisement émotionnel;

La première dimension et la plus centrale est l'épuisement émotionnel, psychique et physique (avoir le sentiment d'être totalement vidé de ses ressources). C'est la première manifestation du burnout: une fatigue extrême due à une exposition continue à des facteurs de RPS (cf. Partie 1, II.1. Les facteurs de RPS liés au travail, p. 13) très prégnants (conditions de travail très exigeantes, manque de ressources et d'appui pour y faire face, etc.). Les temps de repos habituels (sommeil, week-end, congés, etc.) ne suffisent plus à soulager cette fatigue qui devient alors chronique.

• Le cynisme vis-à-vis du travail;

Le cynisme est la seconde dimension du burnout. Il «déshumanise» inconsciemment les autres en mettant son entourage à distance. Cette seconde dimension correspond en quelque sorte à un mouvement d'auto-préservation face aux exigences (émotionnelles) du métier auxquelles la personne ne peut plus faire face. Ce mouvement conduit alors le travailleur à réduire son investissement et à développer des conceptions péjoratives, cyniques, sur les personnes pour qui ou avec qui il est censé travailler. Cette deuxième dimension est parfois considérée comme une stratégie d'adaptation en réponse à la sur-sollicitation ressentie par l'individu.

• La diminution de l'accomplissement personnel au travail ;

Dans sa troisième dimension, le burnout se caractérise par une perte de l'accomplissement personnel, une dévalorisation de soi, traduisant à la fois pour l'individu le sentiment d'être inefficace dans son travail et de ne pas être à la hauteur du poste. Malgré tous ses efforts, le travailleur se sent dans une impasse.

Cette dernière dimension fait l'objet de controverses ; certains auteurs considérant qu'il s'agirait plutôt d'un trait de personnalité ou encore d'une conséquence (parmi d'autres) du stress au travail qui n'aurait donc pas lieu d'être intégré dans la définition de ce syndrome.

Ainsi, en conclusion des caractéristiques du burn-out, cet avis d'expert écrit :

> Le syndrome d'épuisement professionnel se traduit donc à la fois par une érosion de l'engagement (en réaction à l'épuisement), une érosion des sentiments (à mesure que le cynisme s'installe) et une érosion de l'adéquation entre le poste et le travailleur (vécue comme une crise personnelle). Dans les cas les plus extrêmes, le travailleur peut se trouver dans un état physique et psychique tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité de travail ; ce qui peut être vécu comme une rupture, un écroulement soudain, alors que des signes avant-coureurs pouvaient le laisser présager.

Les symptômes constitutifs du syndrome d'épuisement professionnel

Le burnout peut se traduire cumulativement de cinq manières sur l'individu, par des :

• Manifestations émotionnelles;

L'épuisement ressenti par l'individu, entraînant un sentiment de perte de contrôle, peut se manifester émotionnellement par des peurs mal définies et des tensions nerveuses. Il se caractérise également par une humeur triste ou un manque d'entrain. L'individu peut être irritable, tendu, hypersensible, ou bien ne manifester aucune émotion.

• Manifestations physiques;

Les manifestations physiques sont les plus fréquentes. On note davantage de troubles du sommeil, une fatigue chronique due à un sommeil qui n'est plus réparateur et des tensions musculaires avec des douleurs rachidiennes (dos, nuque). Il y a parfois une prise ou une perte soudaine de poids. Maux de tête, nausées, vertiges sont également observés.

• Manifestations cognitives;

En termes cognitifs, le burnout a un retentissement sur les capacités de traitement de l'information dont dispose l'individu : diminution de la concentration, difficultés à

réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions. Erreurs mineures, fautes, oublis sont également constatés.

• Manifestations comportementales ou interpersonnelles;

Sur le plan interpersonnel, l'individu peut se replier sur soi, s'isoler socialement, ou avoir un comportement agressif, parfois violent, traduisant une diminution de sa tolérance à la frustration qu'il ressent professionnellement. Moins enclin à l'empathie, l'individu est moins touché par les problèmes des autres et peut aller jusqu'à traiter ces derniers comme des objets. Se sentant dans une situation inextricable, il peut éprouver du ressentiment et de l'hostilité à l'égard des personnes qu'il côtoie dans son travail. Des comportements addictifs peuvent apparaître face à la tension ressentie : tabac, alcool, tranquillisants, drogues, etc.

• Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude ;

Se sentant déprécié dans son travail, l'individu peut se désengager progressivement. Baisse de motivation et moral en berne s'accompagnent d'un effritement des valeurs associées au travail. Ne pouvant changer la situation dans laquelle il se trouve, il peut avoir le sentiment d'être pris au piège et douter de ses propres compétences. L'individu peut alors se remettre en cause professionnellement et penser qu'il n'est plus capable de faire son travail comme avant : il se dévalorise.

Les outils de « mesure » et de détection

De nombreux travaux scientifiques ont été conduits sur le burnout et plusieurs outils de mesure ont été développés. Mis au point par Maslach & Jackson en 1981, le Maslach Burnout Inventory (MBI)[20] est le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé aujourd'hui. Il s'adresse aux travailleurs et se décline en deux versions existant pour des populations spécifiques (les professions d'aide et de soins, les professions de l'enseignement et de la formation) et une version pour la population générale au travail.

Le MBI peut servir à repérer, au niveau collectif, les phénomènes de dégradation du rapport subjectif au travail et permettre ainsi de revenir sur les difficultés, impasses, dilemmes et contradictions auxquels se heurtent les travailleurs dans leur milieu professionnel.

D'autres questionnaires existent, par exemple :

• le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)[21] qui explore trois dimensions du burnout : l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel[22] ;
• le Burnout Measure[23] ;
• le Oldenburg Burnout Inventory[24].

Ces échelles de mesure sont à utiliser en complément des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs (cf. Partie 2, II. Prévenir le burnout en « dépistant », p. 21), des signes cliniques observés et entendus, notamment par l'équipe du service de santé au travail.

Tableau : Echelles d'évaluation et diagnostic différentiel dans le cas d'une suspicion d'un syndrome de burnout.

Etat mental mesuré	Echelle	Informations clarifiant:
Burnout	**MBI** (auto-évaluation) **SMBM** (auto-évaluation)	L'ampleur des symptômes de burnout
Dépression	**HAMD-17 ou MADRS** (évaluation par un tiers) **BDI** (auto-évaluation) HCL-32 (auto-évaluation)	Une dépression majeure La dépressivité Une dépression bipolaire
Anxiété	**HAMA** (évaluation par un tiers) STAI (auto-évaluation)	L'anxiété, une tendance anxieuse
Somnolence diurne	**EPSS** (auto-évaluation)	L'ampleur de la somnolence Des troubles du sommeil primaires éventuels (apnée du sommeil, jambes sans repos)

Abréviations:
MBI Maslach Burnout Inventory [19, 20]
SMBM Shirom-Melamed Burnout Mesure [21], http://www.fzkwp.uzh.ch/services/Stressmgmt/ZEP-1/Fragebogen_fr.html
HAMD Hamilton Depression Scale [22, 23]
MADRS Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [24]
BDI Beck Depression Inventory [25, 26]
HAMA Hamilton Anxiety Rating Scale [27]
HCL-32 Hypomania Check List [28]
STAI State-Trait Anxiety Inventory [29]
EPSS Epsworth Sleepiness Scale [30]

Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques Barbara Hochstrasser

Ce que le burnout n'est pas

- Même si des caractéristiques communes existent quant à leurs symptômes, le burnout se différencie de la dépression au sens où il s'exprime en premier lieu dans la sphère professionnelle. Ce qui n'est pas le cas pour une dépression qui s'étend à tous les aspects de la vie et nécessite un traitement plus global.

- De même, il ne faut pas confondre le syndrome d'épuisement professionnel avec le workaholisme. Elles fournissent un travail qui va au-delà de ce qui est attendu de leur part, au point que leur vie privée s'en trouve affectée. Cependant, pour ces personnes très investies, un changement brutal dans leur environnement professionnel, une remise en cause de leurs compétences ou de leur travail, un échec cuisant ou des circonstances provoquant une crise de sens identitaire, peuvent entraîner une érosion de leurs ressources et les faire basculer dans un syndrome d'épuisement professionnel.

A l'inverse, nul besoin de travailler de manière compulsive ou d'être incapable de se détacher psychologiquement du travail pour s'épuiser professionnellement. Des contraintes de travail excessives, un déficit d'arbitrage, un manque de soutien ou une crise de sens au travail peuvent engendrer à eux seuls un syndrome d'épuisement professionnel.

Tableau : Principaux diagnostics différentiels psychiatriques du burnout.

Trouble psychique	Caractéristiques à prendre en compte
Troubles dépressifs	Humeur dépressive, manque d'intérêt, réveil précoce, troubles cognitifs prononcés, psychomotricité altérée, tendance suicidaire, Attention: dépression bipolaire avec des phases de manie
Troubles anxieux	Crises de panique classiques, anxiété d'anticipation, phobies spécifiques
Neurasthénie	Réduction chronique et durable de la résistance au stress et tendance à l'épuisement dans le cas de légères sollicitations intellectuelles ou physiques
Addiction (alcool, sédatifs)	Anamnèse de la prise prolongée ne pouvant plus être interrompue, symptômes de sevrage éventuels
Syndrome d'hyperactivité	Nervosité, troubles de la concentration, hyperactivité, sautes d'humeur, mentionnés dans l'anamnèse depuis l'enfance
Troubles d'adaptation	Altérations brèves ou longues de l'humeur et du comportement suite à des événements, ne caractérisant aucun autre trouble
Trouble obsessionnel compulsif	Pensées obsessionnelles et rituels ayant un effet nettement néfaste et ayant déjà existé avant l'état de stress
Accentuation de la personnalité, troubles de la personnalité	Facultés cognitives et modèle de comportement correspondants, surtout empreints de narcissisme, de dépendance ou d'un manque de confiance en soi

Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques Barbara Hochstrasser

Facteurs de risques

Vulnérabilité biologique :

Des spécificités génétiques ou épigénétiques (ex :méthylation de l'ADN) peuvent transmettre une vulnérabilité biologique.
Des personnes présentant une anamnèse familiale positive ou ayant eu une dépression par le passé ont un risque accru de contracter un burnout [25]
L'exposition au stress du fœtus durant la grossesse laisse également apparaître une incidence prononcée sur la vulnérabilité au stress au cours de la vie ultérieure.

Vulnérabilité psychologique
En plus de la prédisposition neurobiologique, il est aussi possible de parler d'une vulnérabilité psychologique. Les personnes particulièrement exposées à un risque présentent un manque de confiance en elles et de sentiment d'efficacité personnelle [26] une grande propension à l'érosion physique (à se dépenser), une haute aspiration à la perfection, une faible capacité à prendre ses distances [27] un mode d'adaptation fondé sur l'émotion, l'esquive ou la résignation [28] la conviction d'une maîtrise extérieure, un manque d'aptitude à gérer des conflits, une attitude sacrificielle, une grande susceptibilité et un style relationnel anxieux-mal assuré ambivalent [29].

Facteurs organisationnels Comme des modèles de la psychologie du travail en attestent, le burnout peut être admis comme le corollaire d'une inadéquation entre l'individu et sa situation professionnelle [15][Leiter MP and C. Maslach. Six areas of worklife:a model of the organizational context of burnout. Journal of Health and Human Service Administration JHHSA. 1999;472–89.]. En l'occurrence, non seulement les conditions régnant sur le lieu de travail, mais aussi les capacités, les objectifs et les besoins de l'employé jouent un rôle. Siegrist [30] [31] a prouvé à maintes reprises dans des études prospectives qu'«une crise de gratification» assimilable à un déséquilibre entre l'implication de l'employé au travail et le gain personnellement mis à profit [32]-accroît nettement le risque de maladies cardiovasculaires ainsi que de troubles dépressifs. Des facteurs de vulnérabilité personnels tels qu'un besoin accru d'être validé par autrui ou une tendance soutenue à la perfection devraient également produire leurs effets. D'après Schaufeli et Buunk [33], le burnout découle d'une part d'une crise de gratification et d'autre part d'une disproportion entre les exigences professionnelles (par exemple: charge de travail, urgence, conditions de travail physiques) et les ressources professionnelles (par exemple: reconnaissance, autonomie, soutien, cogestion, sécurité de l'emploi) [34].

4 Harcèlements au travail

Le harcèlement moral et le harcèlement sexuel font l'objet de dispositions législatives (articles L. 1152-1 et L. 1153-1 du Code du travail). Défini par le Code du travail, le harcèlement moral se manifeste par des « agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits de la personne du salarié au travail et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel» Une troisième notion est à distinguer: le harcèlement discriminatoire. Ce type de harcèlement se rattache au texte traitant de la discrimination. Contrairement au harcèlement moral notamment caractérisé par des agissements répé- tés, un seul acte suffit à caractériser le harcèlement discriminatoire dès lors que cet acte peut être relié à l'un des 18 motifs prohibés énoncés par l'article L. 1132-1 du Code du travail. La question du harcèlement est également prise en compte au travers de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 26 mars 2010 «sur le harcèlement et la violence au travail ».

4 Karoshi

À la différence du burnout qui s'installe progressivement, le karoshi, décrit il y a 50 ans par les japonais, désigne la mort subite d'un travailleur suite à un surcroît de travail et un stress important, par infarctus du myocarde massif ou accident vasculaire cérébral.

5 Présentéisme

Le présentéisme fait référence à un phénomène par lequel un travailleur va travailler alors que l'état de santé dans lequel il se trouve nécessiterait qu'il reste chez lui. Une autre forme de présentéisme consiste aussi à être présent sur son lieu de travail sans engagement, sans être complètement en possession de ses moyens (perte de concentration, perte de sens, démission intérieure, retrait de la vie sociale de l'entreprise). D'après une étude en sociologie effectuée sur le sujet, il y aurait sept profils types de travailleurs «présentéistes » : le dirigeant qui se veut exemplaire, le précaire, le passionné, l'indépendant qui ne trouve pas de remplaçant, le contraint (par les exigences du travail et la pression sociale), le solidaire, et enfin le malade chronique à la pathologie lourde (qui veut maintenir du lien social ou craint de passer pour celui qui abuse du système).

6 Stress au travail

Selon l'ANI du 2 juillet 2008, le stress au travail «survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. L'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses […]. Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé». Scientifiquement, il n'y a ni bon stress, ni mauvais stress, mais il faut différencier le stress aigu, qui reste ponctuel (prise de parole en public, imprévu auquel il faut faire face, etc.), du stress chronique (lié à des situations de travail récurrentes et trop exigeantes pour l'individu) qui a des effets néfastes sur la santé.

7 Violences au travail

Selon l'ANI du 26 mars 2010, « la violence au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail. Elle va du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique. La violence au travail peut prendre la forme d'agression verbale, d'agression comportementale, notamment sexiste, d'agression physique, etc. ». Usuellement, on distingue la violence interne (liée aux relations de travail avec les collègues ou la hiérarchie) de la violence externe au travail (liée aux contacts avec le public, les usagers ou les patients).

8 Le workaholisme

Le terme «workaholisme» a été créé en 1968 par Wayne E. Oates, psychologue américain et éducateur religieux, par analogie à l'alcoolisme,. Oates compare ainsi le rapport pathologique entre une personne et son travail à l'alcoolodépendance.[35 36 37]. De nombreuses définitions existent [38 39 40] : il s'agit essentiellement d'une personne s'investissant de manière excessive dans son travail, notamment en nombre d'heures, en négligeant sa vie extraprofessionnelle. Le workaholisme est à distinguer de l'engagement professionnel où le travailleur acharné, lorsqu'il a terminé son travail, garde du temps pour sa famille et ses amis. Ce besoin d'investissement exagéré dans le travail constitue un danger pour la santé du travailleur, pour son bien-être personnel, ses relations avec autrui et sa vie en société (OATES WE - Confessions of a workaholic : the facts about work addiction. Cleveland : World Publishing ; 1971 : 113 p.). Le sujet workaholique ne délègue pas son travail et s'insère mal dans une équipe, ce qui est responsable de conflits fréquents avec ses collègues. De même, sa productivité peut être remise en cause.

Dans sa mise au point sur l'état des connaissances sur le workaholisme en 2014, l'INRS, a réalisé en une synthèse des données de la littérature (SEPTEMBRE 2014 — RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL — N° 139, INRS, Worhaholisme : état des connaissance). Ces données montrent donc que le workaholisme présente les caractères d'une addiction comportementale, même s'il n'est pas cité comme tel dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dont la dernière édition (DSM 5) (DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington : American Psychiatric Publishing ; 2013 : 947 p.)

Certains auteurs [41 42] ont considéré le temps de travail comme étant un indicateur important, voire prédominant, de cette pathologie. Néanmoins, ils concluent qu'il ne peut être considéré comme spécifique. En effet, en France, les cadres dirigeants d'entreprise, auxquels sont confiées des responsabilités dont l'importance implique une grande indépendance dans l'organisation de leur emploi du temps, ne sont pas soumis aux dispositions relatives à la durée du travail, au repos et aux jours fériés (article L. 3111-2 du Code du travail). De même, une enquête de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) rapporte que la durée annuelle de travail varie selon les métiers [43]. Alors que la moyenne est de 1650 heures par an, la durée du travail est plus élevée dans les secteurs où le service du client prévaut. En effet, elle dépasse les 2000 heures par an dans les métiers de service, de sécurité ou de santé. Enfin, certains salariés choisissent d'effectuer des heures supplémentaires pour des raisons économiques. Aussi, il est important de prendre en compte l'aspect multidimensionnel du workaholisme avec l'ensemble des contraintes professionnelles subies par le travailleur souffrant de cette pathologie.

La revue de la littérature montre que l'étiologie du workaholisme est multifactorielle. Elle est constituée de facteurs de risque individuels (type de personnalité, éventuelles psychopathologies sous-jacentes, événements de vie) qui peuvent être aggravés par un environnement de travail particulier. Ce dernier peut être lié aux horaires de travail importants, au contexte socio-économique de l'entreprise, à l'amélioration de la productivité et de la compétitivité de l'entreprise. De même, le développement de la technologie de communication et sa grande disponibilité peuvent représenter un facteur

favorisant et faisant perdurer le workaholisme. Ainsi, un rapport réalisé par le Centre d'analyse stratégique et la Direction générale du travail pointe plusieurs effets négatifs liés au développement insuffisamment contrôlé des technologies d'information et de communication (TIC). Parmi ces derniers, peuvent être cités l'intensification du travail, la surcharge informationnelle et le brouillage des frontières spatiales et temporelles entre vie professionnelle et vie privée.

---

[1] http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression
[2] DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington : American Psychiatric Publishing ; 2013
[3] Docteur Dominique Servant. Historique et concepts de l'anxiété. CHRU de Lille.
[4] Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILDT)
[5] Troubles addictifs. www.psycom.org
[6] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
[7] Roques B. La dangerosité des drogues. Rapport remis à M. B. Kouchner, Secrétariat d'État à la Santé, 1998.
[8] Dossier INRS, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Mieux comprendre pour mieux agir
[9] Hochstrasser B, Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) : Le traitement du burnout, partie1: principes fondamentaux
[10] Hochstrasser B, Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques
[11] Freudenberger HJ. Staff Burn-out. Journal of Social Issues. 1974;30:159–65
[12] Le traitement du burnout, partie1:principes fondamentaux Barbara Hochstrasser
[13] INRS, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout
[14] Schaufeli et Greenglass, 2001

[15] Leiter MP and C. Maslach. Six areas of worklife:a model of the organizational context of burnout. Journal of Health and Human Service Administration JHHSA. 1999;472–89
[16] Pines A. Burnout: an existential perspective, in Professional Burnout: recent developments in theory and research, Schaufeli WB, Maslach C and Marek T, Editors.1993, Taylor and Francis: Washington D.C. p. 33–51
[17] Cherniss C. Professional burnout in human service organisations. 1980, New York: Praeger
[18] Shirom A, et al. Burnout and Health Review: Current Knowledge and future Research Directions, in International Review of Industrial and Organizational Psychology, G.P.F. Hodgkinson, J.K, Editor. 2005, John Wiley and Sons, Ltd. p. 261–88.
[19] Le traitement du burnout, partie1: principes fondamentaux Barbara Hochstrasser
[20] Article INRS (réf. FRPS 26), publié dans la revue *Références en santé au travail*, n° 131, septembre 2012
[21] Article INRS (réf. FRPS 38), publié dans la revue *Références en santé au travail*, n° 138, juin 2014

[22] Kristensen et al., 2005
[23] Pines, Aronson et Kafry, 1981
[24] Demerouti et al., 2003
[25] Nyklicek I and Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. Journal of Affective Disorders. 2005;88:63–8.

[26] Rössler W, et al. Zusammenhang zwischen Burnout und Persönlichkeit, Ergebnisse aus der Zürich Studie. Der Nervenarzt. 2013;84:799–805.
[27] Schaarschmidt U and Fischer A, Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster, Manual 1996, Frankfurt: Swets Test Services.
[28] Haberthür A, et al. Characterization of patients discharged for inpatient treatment for burnout: Use of psychological characteristics to identify aftercare needs. Journal of clinical psychology. 2009;65(10):1–17.
[29] Schramm E and Berger M. Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsbedingten depressiven Erkrankungen. Der Nervenarzt. 2013;84(7):791–8.
[30] Siegrist J. Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen-Aktuelle Forschungsevidenz. Nervenarzt. 2013;84:33–7.
[31] Siegrist J. Peter R and Junge A. Low status control, high effort at work and ischemic heart disease. prospective evidence from blue-collar men. Soc Sci Med. 1990;31:1127–34.
[32] Siegrist J, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med. 2004;58:1483–99.
[33] Schaufeli W and Buunk BP, eds. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. 2 ed ed. The handbook of work and health psychology ed. Schabracq MJ, Winnubst JA, and Cooper CC. 2003, Wiley: West Sussex, UK. 383–429.
[34] Demerouti E, et al. The job demands-ressources model of burnout. J Appl Psychol. 2001;86:499–512.
[35] SEPTEMBRE 2012 — RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL — N° 131, INRS, Workaholisme
Enquête au sein d'une population de salariés parisiens
[36] SEPTEMBRE 2014 — RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL — N° 139, INRS, Workaholisme :
état des connaissances
[37] OATES WE - Confessions of a workaholic : the facts about work addiction. Cleveland : World Publishing ; 1971 : 113 p.
[38] SPENCE JT, ROBBIN AS - Workaholism : definition, measurement and preliminary results. *J Pers Assess.* 1992 ; 58 (1) : 160-78.
[39] PORTER G - Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *J Occup Health Psychol.* 1996 ; 1 (1) : 70- 84.
[40] KARILA L, LIOT K, REYNAUD M - Le travail : une addiction potentielle ? *Rev Méd Liège.* 2010 ; 65(2) : 71-77.
[41] MOSIER SK - Workaholics: an analysis of their stress, success and priorities. University of Texas, Austin ; 1983 (unpublished Masters' Thesis).
[42] HARPAZ I, SNIR R - Workaholism: its definition and nature. *Hum Relat.* 2003 ; 56 (3) : 291-319.
[43] BEFFY M - Les salariés à temps complet travaillent 1 650 heures dans l'année. INSEE, 2006 (*www.insee.fr/fr/ themes/document.asp?ref_ id=ip1066*).

Tableau : synthèse des préconisations du rapport de la mission à l'HEPG

	NB : Existence d'une commission de l'analyse des suicides **Objectif** : analyse du contexte et des dysfonctionnements plus larges, analyse circonstancié des sujets conflictuels du pôle et de l'établissement, identifier les conditions nécessaires au retour à des relations normales **Méthode** : lecture des documents transmis (autodiagnostic des hôpitaux, contrat de pôle, documents relatifs à des conflits, CR de séance de directoire en lien, mails, échanges de courriers), chronologie, auditons de personnes sollicitées par la mission ou ayant exprimé le souhait de vouloir être entendre, recensement des dysfonctionnements, identification des conflits au sein du pôle Ici les conflits sont des conflits entre médecins qui ont ensuite impliqué l'administration	
	Documents utiles aux préconisations : L'exercice médical à l'hôpital. Mission nationale coordonnée par Dr Toupiller avec la coordination de la DGOH et du CNG. Sept 2011 Code de la Santé publique concernant la Commission régionale paritaire et son « action de conciliation en matière de gestion des praticiens et de prévention des conflits » Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé. CNF, ministere du travail de l'emploi et de la santé. Janvier 2011 Le pacte de confiance pour l'hôpital. Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines. Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir. Rapport Misistère des affaires sociales et de la santé. Janvier 2013	
Désignation des responsables de structure médicale	proscrire les pratiques de « contrats » entre médecins s'entendant sur une chefferie tournante	Problématiques HU - mode de désignation de responsables d'unité fonctionnelle ou service ou département . la nécessité d'une mutation réclame anticipation et préparation peu adaptées à la mise en œuvre par l'hôpital d'une procédure d'appel ouvert à candidature . préconisations : mesures de repérage, de prévention et de gestion rapide des situations conflictuelles ou à risque de conflit : o proscription contrat entre médecins s'entendant sur une chefferie particulière o repérage et ttt des situations susceptibles de générer des choix partiaux ou pouvant être
	repérer et traiter les situations susceptibles de générer des choix partiaux ou pouvant être perçus comme tels	
	mettre en place un dispositif plus structuré et prospectif de gestion des successions de chefferie	
	confirmer et améliorer la procédure d'appel à candidature pour les services qui s'inscrivent dans des problématiques cruciales pour l'APHP	
	désigner, pour quatre ans, le candidat local comme chef de	

	service en chirurgie cardiaque de l'HEGP.	perçus comme tels (cumul de mandats, situation de favoritisme …) o mise en place dispositif plus structuré et prospectif de gestion des successions de chefferie de service, département … appuyé sur une préférence locale - les nominations ou promotions de médecins dans le cadre HU . processus de préparation du candidat et processus de longue haleine qui débute par une évaluation des besoins HU . Préconisations : o repérages en amont et en aval des situations à risques (compétition entre 2 candidats, situation conflictuelle et susceptible d'être exacerbée, échec lors du concours d'inscription sur la liste d'aptitude, situation propice au favoritisme ou soupçon de – lien familial …-, services manqués par d'importantes difficultés managériales o attention au devenir des candidats locaux non retenus → impose une articulation étroite entre l'hôpital et l'université
Nomination des hospitalo-universitaires	repérer les situations à risque en amont et en aval de la campagne de recrutement	
	porter une attention immédiate et soutenue à la situation de Rachid Zegdi.	
Prévention des conflits et des risques psycho-sociaux	mettre en œuvre un dispositif structuré et gradué depuis le pôle jusqu'à la région ;	Prévention des RPS - existence d'un conflit majeur et d'une souffrance psychologique révélée par plusieurs alertes. Insuffisance de prise en compte de façon appropriée de cette souffrance. Malgré les alertes pas de suivi psychologique mis en place, ni de préparation à sa reprise d'activité, la seule réponse a été de chercher une réponse par médiateur au conflit, insuffisante à la
	désigner au sein de chaque pôle un référent « RH médicales »	
	créer au niveau des GH, une instance de premier recours rattachée aux commissions de la vie hospitalière des CMEL ;	
	créer des instances de deuxième recours, l'une au sein de	

	l'AP-HP, l'autre au sein de la Commission régionale paritaire	réponse de souffrance psychologique et qui ne peut se substituer aux mesures d'accompagnement spécifiques qu'elle réclame. - Préconisation : o Organiser un suivi structuré centré sur la prévention de la souffrance psychologique et la réaction à l'alerte suicidaire insuffisamment pris en compte y compris pour les médecins o sollicitation des médecines du travail H et U et favoriser la coordination MW H et U. o Informer le CNG compétent dans le suivi des HU ? o préparer les retours en activité après absence par RPS o mise en œuvre de dispositifs chargés de la prévention des conflits et des RPS pour l'ensemble des médecins, déployés à plusieurs niveaux (depuis le pôle jusqu'à la région) ▪ désignation d'un référent RH comme préconisé dans rapports ministériels et code SP ▪ mise ne place d'une instance de premier recours rattachée aux commissions de la vie hospitalière des CME ▪ au niveau régional, mise en place de 2 instances, l'une rattachée à la CME l'autre à la commission régionale paritaire ▪ composition des instances à préciser, mais respectant certains principes de représentation (CME, U, médiateur si conflit, représentant du médecin
	organiser la mise en lien de la médecine du travail de l'université et de l'hôpital pour les hospitalo-universitaires	
	engager une campagne de sensibilisation aux risques psycho-sociaux et de prévention des conflits à destination des médecins	

		concerné, MW, médecin accompagnateur en souffrance au travail …) sans n'avoir aucun conflit d'intérêt. ▪ Saisie des instances de premier recours par médecin lui meme, chef de service ou de pole, président de CME, doyen, médecine du travail, direction ▪ Saisie des instances de 2eme niveau par l'instance de 1er recours Campagne de sensibilisation aux RPS et à la prévention des conflits à destination des médecins (sur les signes d'alerte nécessitant une réponse spécifique en les invitant à signaler les situations problématiques auprès des instances susceptibles d'apporter une réponse, informant des dispositifs en place, des structures permettant une prise en charge psychologique ou psychiatrique des personnes en souffrance psychique et des possibilités d'accompagnement 'coaching) mise à disposition par le CNG et qui pourraient l'être par l'APHP
La gouvernance médicale et administrative	faire vivre les instances avec les personnes élues ou désignées à cet effet	Gouvernance médico administrative - perception d'un pouvoir concentré entre peu d'individus - pas de distance nécessaire pour traiter des situations individuelles (même service …) - traitement long (plusieurs mois) du conflit pour proposer des solutions - manque de cohérence et coordination entre les différents membres de la gouvernance (CME peu alertée, ni commission vie hospitalière, ni U, ni médiateur local APHP …) - insuffisance de préparation pour faciliter l'acception médicale de plans

		- Régulation de l'activité libérale
		- Préconisations :
		  o La gouvernance ne doit s'effectuer qu'au sein des instances prévues à cet effet, seul les responsables de structure participent aux réunions institutionnelles
		  o Organiser les départs de ceux qui ne sont plus rénumérés
		  o Ne plus permettre de cumul d'emploi retraite
		  o Nécessaire de renforcer la formation au management des responsables d'équipes médicales intégrant animation d'équipe, prise en compte des parcours des collaborateurs et méthode de résolution de conflits
		Chercher à définir un code de bonnes conduites pour les médecins dans le cadre de leurs relations entre eux inspiré des travaux menés en 2011 sur l'exercice médical à l'hôpital, cf

	organiser le départ effectif de ceux qui ne sont plus rémunérés par l'hôpital	
	mettre fin à la pratique du cumul emploi retraite à l'issue d'un consultanat sur site	
	améliorer la délégation entre le directeur du GH et le directeur de site	
	renforcer la formation au management des responsables d'équipe médicale	
	promouvoir un code de bonnes conduites entre médecins, incluant un chapitre sur la communication	
	poursuivre la réflexion sur le rapprochement des périmètres entre GH et Université.	

L'exercice libéral à l'hôpital	accentuer l'effort de suivi, de contrôle et de transparence	
	favoriser une évaluation par une commission véritablement indépendante et ouverte	