

Le syndrome de *burn-out*

S. MOLEND

Le syndrome de *burn-out* peut être envisagé comme un trouble de l'adaptation. Il touche de manière privilégiée les professionnels dont le métier les engage dans une relation d'aide.

Il s'articule autour de 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation d'aide et la diminution de l'accomplissement personnel.

Il résulte de la confrontation répétée, régulière et de longue durée à différents agents stressants professionnels.

Les principaux facteurs de risque peuvent être regroupés au sein de 4 catégories et relèvent : du type de management des ressources humaines, de l'organisation et des conditions de travail, de la qualité des relations interpersonnelles et des caractéristiques individuelles.

L'évolution du syndrome de *burn-out* est marquée par la contamination progressive des difficultés rencontrées dans le domaine professionnel aux différentes sphères de la vie privée.

Il peut alors engendrer de nombreuses difficultés psychosociales et faire de lit de syndromes anxio-dépressifs sévères.

Les études épidémiologiques retrouvent des syndromes de *burn-out* sévères (tels que mesurés par le *Maslach Burnout Inventory*) chez 25 % à 60 % des professionnels de la santé.

Toutes les catégories professionnelles sont touchées : de l'aide-soignant au médecin en passant par l'infirmier.

Correspondance : Sylvie Molenda, Centre d'Accueil et de Crise, Hôpital Fontan, CHRU de Lille, rue André-Verhaeghe, 59037 Lille cedex. Tél. : 03 20 44 43 83. Mobile : 06 12 21 09 03. Fax : 03 20 44 62 65. E-mail : sylvie.molenda@chru-lille.fr

1. Introduction

Le terme de *burn-out* trouve ses racines dans la conceptualisation que Freudenberg établit de l'état d'exténuation psychique qu'il observe chez de jeunes soignants volontaires travaillant auprès de toxicomanes. En 1974, il propose une première définition du syndrome qu'il envisage comme un état d'épuisement causé par l'utilisation excessive, dans le cadre de l'exercice de sa profession, de ses ressources personnelles et de son énergie et qui se traduit par le sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore exténué (1). Par la suite, les travaux abordent le *burn-out* comme un patron de réponses que l'on observerait plus particulièrement dans des configurations de travail où la relation à l'autre tient une place prépondérante (2). Dans cette lignée, en 1982, Maslach spécifie le *burn-out* comme un syndrome qui toucherait plus particulièrement les personnes dont le métier les engage dans une relation d'aide (3). De nos jours, les données de la littérature s'accordent à reconnaître dans le syndrome de *burn-out* le fruit d'un processus dynamique, d'installation progressive (a) qui résulte de la perte graduelle des capacités d'ajustement de l'individu face à différents agents qui pèsent sur lui en situation professionnelle et (b) qui se développe dès lors que les ressources personnelles sont épuisées (4). Deux conclusions peuvent être tirées de cette définition. La première d'entre elles est que c'est bien le stress chronique qui construit le *burn-out* (5). La seconde est que le *burn-out* n'est pas, au sens véritable du terme, une pathologie (même si on peut l'envisager comme une forme particulière de trouble de l'adaptation). Par contre, il peut faire le lit de syndromes anxio-dépressifs parfois sévères.

Dans le cadre de notre propos, nous nous proposons de détailler les différentes facettes du tableau clinique du syndrome de *burn-out* ainsi que la manière dont il s'installe et évolue. Puis, nous soulignerons ses répercussions psychosociales avant de dresser la liste des facteurs de risque susceptibles de contribuer à son développement. Enfin, nous terminerons par la délivrance de quelques données épidémiologiques.

2. Clinique du syndrome de *burn-out*

Le syndrome de *burn-out* s'articule autour de 3 dimensions fondamentales : (a) l'épuisement émotionnel, (b) la déshumanisation de la relation d'aide et (c) la diminution de l'accomplissement personnel (3).

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique. Il se traduit par la sensation d'être « vidé », par une fatigue affective au travail ainsi que par des difficultés à être en relation avec les émotions de l'autre. C'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Il parle d'une fatigue importante ressentie de façon inhabituelle et qui n'est pas améliorée par le repos. Sur le plan comportemental, on observe des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou

de colère, un retrait social, des refus d'agir ou de répondre à une demande, même anodine, et une réticence marquée au changement. Cet épuisement émotionnel se double souvent de l'incapacité à exprimer toute émotion. Il peut prendre l'aspect d'une froideur ou d'un contrôle absolu des émotions.

La déshumanisation de la relation, quant à elle, s'exprime par la difficulté à voir en l'autre toutes les dimensions de l'être humain. Elle est marquée par une sécheresse relationnelle qui s'apparente parfois à un cynisme qui fonctionne sur le principe de la dérision vis-à-vis de situations humainement douloureuses, au-delà de tout respect moral pour les personnes directement impliquées. Ainsi, au sein de la relation, l'autre est réifié, réduit à l'état d'objet. Sur le plan comportemental, on observe une perte d'empathie, une très nette baisse de l'investissement envers le bénéficiaire de l'aide qui s'accompagne d'une absence de considération de ses besoins. En parallèle, on voit se développer diverses attitudes dures et critiques ainsi que des propos impudents et désobligeants envers l'objet de la relation. Ces manifestations peuvent, dans les cas les plus extrêmes, conduire à diverses formes de violence et de maltraitance (6).

La diminution de l'accomplissement, pour sa part, s'exprime par l'impression d'une perte d'efficacité professionnelle voire même, dans les cas les plus sévères, par un sentiment de nullité et d'incompétence. L'individu a le sentiment de ne plus savoir aider les gens ni de ne plus savoir bien faire son travail. Il doute de lui, de ses compétences et se remet en cause. Apparaissent alors la dévalorisation de soi, la culpabilité et la démotivation. Sur le plan comportemental, on observe soit une conduite de « présentéisme » qui se traduit par des heures de présence peu productives mais excessivement longues sur le lieu de travail soit par une conduite d'absentéisme.

Enfin, l'ensemble de ces manifestations s'accompagne très souvent de diverses somatisations. Celles-ci recouvrent des troubles variés représentés par des symptômes physiques multiples, variables dans le temps, mais qui ne résultent d'aucune lésion somatique objectivable. Les symptômes physiques peuvent toucher de très nombreux appareils ou systèmes du corps. Ainsi, on retrouve :

- pour la sphère céphalique, des céphalées récurrentes ;
- pour la sphère digestive, des douleurs abdominales, des nausées, des ballonnements, des diarrhées, des intolérances alimentaires diverses ;
- pour la sphère cutanée, des démangeaisons, des irritations, des sensations de brûlure, des fourmillements ;
- pour la sphère ORL, des infections rhinopharyngées répétées ;
- pour la sphère uro-génitale, des mictions fréquentes psychogènes, des dysuries psychogènes, des règles douloureuses ;
- pour la sphère musculo-squelettique, diverses douleurs dorsales ou articulaires ;
- pour la sphère neurovégétative, des palpitations, des sueurs, des bouffées de chaleur, des tremblements, des sensations de froid.

Ces divers symptômes représentent une très fréquente occasion de plaintes de la part des sujets épuisés.

3. Évolution clinique et psychosociale

Le syndrome de *burn-out* survient chez des sujets en dehors de tout trouble psychopathologique antérieur. Il résulte de la confrontation répétée, régulière et de longue durée, de 1 à 5 ans, à de multiples situations professionnelles stressantes et/ou frustrantes. Il s'installe le plus souvent de manière sournoise et insidieuse sans que les titres ou l'expérience professionnelle jouent un véritable rôle protecteur.

Selon Maslach (7), le syndrome de *burn-out* se développerait de façon progressive en suivant une certaine logique relationnelle. En effet, à partir du moment où le professionnel se sent submergé sur le plan émotionnel et qu'il a l'impression de ne plus pouvoir supporter d'émotion supplémentaire, le recours à une relation déshumanisée apparaît comme un moyen simple, immédiat, de tenir à distance la première source du problème, à savoir l'autre. Peu à peu, l'intérêt du travail disparaît derrière une pratique technicienne et routinière et la motivation au travail diminue en même que le sentiment de faire « du bon travail », d'accomplir une tâche utile, à quelque degré que ce soit, laissant derrière elle à l'individu une impression générale de gâchis, le sentiment de s'être trompé dans ses choix professionnels initiaux, d'avoir dépensé son énergie en pure perte, aussi bien de son point de vue que de celui du bénéficiaire de l'aide (8). Le professionnel tombe alors dans une spirale infernale. En effet, l'installation de ces difficultés en crée de nouvelles qui affectent la qualité des relations sociales qu'il avait jusqu'alors avec son entourage professionnel. Ainsi, le détachement, l'ennui, le cynisme, mais aussi l'impatience et l'irritabilité, l'omnipotence et les soudaines explosions de colère et de refus survenant au cours d'interactions qui n'ont aucune autre particularité que d'être « la goutte qui fait déborder le vase », constituent de multiples sources de tension et de conflit tant avec les collègues qu'avec les supérieurs hiérarchiques (9). De plus, les difficultés cognitives et la désorientation décisionnelle inhérentes au stress chronique, les attitudes de soins de plus en plus inadaptées et inopérantes marquées par une baisse de l'efficacité et un manque de rigueur, le développement de comportements de prise de risque et l'apparition d'erreurs sont-elles aussi à l'origine de reproches et de remontrances et donc de tensions émotionnelles supplémentaires à gérer. Au final, le professionnel peut se retrouver rejeté, mis au banc, privé d'un soutien social pourtant indispensable dans la situation de détresse dans laquelle il se trouve.

Enfin, si à leur début, ces difficultés couvrent exclusivement le domaine professionnel, elles peuvent, à plus ou moins long terme, envahir les autres domaines de la vie. Elles ont alors des répercussions intrafamiliales importantes comme une moindre implication dans la vie familiale, y compris par une présence réduite au

foyer, un refus de parler des problèmes liés au travail et des crises de colères soudaines et fréquentes, transposant ainsi au sein de la famille, l'épuisement émotionnel et la relation déshumanisée présents au travail. Progressivement, l'incompréhension grandit entre le professionnel épuisé et ses proches, générant de nouvelles sources de tension. Dans ce contexte, l'individu se trouve pris au piège d'un nouveau cercle vicieux et plus le *burn-out* s'étend pour gagner les différentes sphères privées de la vie, moins le professionnel peut trouver un soulagement des tensions accumulées au travail dans les relations familiales et amicales. Dans le même temps, la dévalorisation de soi et la culpabilité peuvent atteindre des niveaux très profonds. Le risque est alors grand que l'individu épuisé sombre de façon progressive dans un syndrome anxio-dépressif et/ou qu'il cherche refuge dans des palliatifs tels que l'alcool et/ou la consommation de drogues, de somnifères et de tranquillisants (2,10). Et quand à leur tour, ces palliatifs ne remplissent plus leur fonction d'atténuation de la souffrance, l'individu peut, à ce moment-là, avoir le sentiment qu'il a épuisé toutes les solutions possibles pour dépasser ses difficultés et qu'il n'a plus d'autre alternative que la mort.

4. Les facteurs de risque

Les facteurs de risque qui contribuent au développement du syndrome de *burn-out* recouvrent bon nombre des agents stressants qui pèsent sur l'individu en situation professionnelle. Or, force est de constater que ces agents sont très nombreux. C'est pourquoi, dans le cadre de notre propos, nous avons pris le parti de n'en détailler que les principaux. Pour en faciliter l'exposé, nous les avons répartis en 4 catégories selon qu'ils relèvent de la façon dont sont gérées les ressources humaines, de l'organisation et des conditions de travail, de la qualité des relations interpersonnelles et des caractéristiques personnelles.

En ce qui concerne les facteurs liés au management humain, Cordes et Dougherty défendent l'idée selon laquelle l'absence de rétroaction de la part de l'organisation ainsi que le manque de clarté avec lequel elle relie les récompenses ou les sanctions qu'elle distribue aux objectifs de performance sont autant de facteurs susceptibles d'affecter le développement du syndrome de *burn-out* (2).

Parmi les facteurs liés à l'organisation et aux conditions de travail, un premier foyer d'agents stressants a été identifié en lien avec le rôle professionnel. Il inclut le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle (11,12). Le conflit de rôle apparaît dans des situations où soit le professionnel reçoit des ordres contradictoires de la part de supérieurs hiérarchiques différents soit les demandes qu'il reçoit de son supérieur hiérarchique sont incompatibles avec les attentes qui émanent de ce qu'il a compris et intériorisé de sa tâche et/ou de ses missions. L'ambiguïté de rôle résulte pour le professionnel du manque de précision de l'étendue exacte de ses responsabilités par rapport à celles de ses collègues, des objectifs qu'il doit atteindre dans le cadre de son poste et des moyens dont il dispose pour le faire.

Un troisième facteur nous semble pouvoir être rattaché à ces 2 premiers : le dépassement de fonctions. Celui-ci survient dans des situations de prise de risque au cours desquelles le professionnel est amené à réaliser des actes ou à prendre des décisions qui ne relèvent pas de ses compétences. Il peut ainsi endosser de manière ponctuelle une responsabilité à laquelle il n'est pas préparé et qui modifie son activité mais également son statut et son identité, engendrant chez lui une impression d'ambivalence et d'incertitude.

À côté de ce premier ensemble de facteurs, 2 autres variables prépondérantes ressortent des données de la littérature : l'interruption des tâches d'une part et la surcharge psychique (ou encore perçue) de l'autre. L'interruption des tâches agit par usure. En effet, tout travail se complique lorsqu'une fois planifiée, une tâche se voit interrompue par une cause imprévue. Dans ce contexte, toute reprise de la tâche initiale exige du professionnel un effort de concentration supplémentaire important de sorte que la répétition de ce type de situation l'oblige à développer des stratégies de mémorisation anticipatrices permanentes qui sollicitent elles-mêmes énormément la mémoire à court terme. Une des conséquences premières de ce phénomène est donc la fatigabilité. La surcharge psychique, quant à elle, ne se réduit pas à une surcharge quantitative de travail. En effet, toute charge de travail importante ne signifie pas fatigue, épuisement ou encore insatisfaction. L'ambiance, le climat relationnel et interpersonnel jouent un rôle primordial. Ainsi, reconnu et valorisé, un professionnel, à charge égale de travail, se sent moins fatigué. On parlera donc plus volontiers de charge psychique. Dans ce cadre, la surcharge psychique peut naître de situations où le professionnel estime ne pas pouvoir réaliser une ou plusieurs de ses tâches faute, par exemple, de compétences adaptées, de temps suffisant ou des deux. Telle que définie, elle se révèle être un facteur prédictif relativement puissant de l'installation d'un syndrome de *burn-out* (13).

En ce qui concerne les relations interpersonnelles, nous savons aujourd'hui que tout individu a besoin de trouver dans le travail des ressources qui lui permettent d'alimenter son capital de résilience mentale afin de maintenir un équilibre entre l'environnement stressant dans lequel il évolue et son bien-être psychologique (14). Dans ce cadre, c'est probablement le soutien social qui a suscité à ce jour le plus grand nombre de recherches. L'ensemble des résultats qui a ainsi été recueilli corrobore l'idée selon laquelle un manque de soutien social, tant de la part de ses pairs que de celle de ses supérieurs, augmente la probabilité de développer un syndrome de *burn-out* (15). Dans la même veine, la qualité du collectif de travail a un impact essentiel. Elle se reflète d'abord dans la richesse de la communication établie tant entre les différents professionnels qu'entre les professionnels et leurs responsables hiérarchiques et/ou administratifs. Elle se reflète ensuite dans la qualité du travail d'équipe. Celle-ci s'évalue à partir de la connaissance qu'a chacun des coéquipiers des situations à traiter, de la possibilité de discuter des problèmes identifiés, du degré de partage des décisions, du type de répartition des tâches, des possibilités et des modalités de gestion du temps et de résolution des conflits (16). Différents

résultats expérimentaux montrent que, bien souvent, la dégradation de ces facteurs crée un contexte favorable à l'apparition de manifestations de stress chronique et de *burn-out* (17) et augmente la probabilité de survenue d'erreurs (18,19).

Enfin, les études consacrées aux facteurs individuels reposent sur l'idée selon laquelle l'impact des agents stressants sur le développement du syndrome de *burn-out* pouvait être médiatisé par des variables liées aux caractéristiques personnelles (20). Dans ce cadre, différents traits de personnalité ont été étudiés. Les résultats expérimentaux indiquent que le neuroticisme est corrélé avec chacune des 3 dimensions du syndrome de *burn-out* (21). Le neuroticisme est opposé à la stabilité émotionnelle. Il se caractérise par une forte tendance à éprouver des émotions négatives et à présenter des troubles émotionnels tels que l'anxiété et la dépression (22). En ce qui concerne le syndrome de *burn-out*, ce trait de personnalité pourrait soit rendre les personnes qui le possèdent plus vulnérables au développement du syndrome soit en exacerber les effets (23). Dans la même veine, le manque de hardiesse (du terme anglais *hardiness*) a un impact sur le développement de l'épuisement professionnel (24). La hardiesse regroupe un ensemble de croyances, d'attitudes et de sentiments spécifiques face à la vie, comme la conviction que les changements sont bénéfiques au développement personnel (sens du défi), la tendance à privilégier l'action dans ce que l'on entreprend (sens de l'engagement) et le sentiment de maîtrise face aux événements (sens de la maîtrise) (25).

5. Prévalence du *burn-out* parmi les soignants

Le syndrome de *burn-out* touche l'ensemble des soignants, qu'ils soient médecins, sages-femmes, infirmiers ou aides-soignants. Dans le cadre de notre présentation, nous nous centrerons plus particulièrement sur les résultats de quelques études prépondérantes réalisées auprès d'infirmiers et de médecins.

En ce qui concerne les infirmiers, une étude réalisée en France sur quelques 3 600 infirmiers et infirmiers spécialisés montre des scores de *burn-out* élevés (tels que mesurés à l'aide du *Maslach Burnout Inventory* ou MBI) chez 21,1 % d'entre eux dès 5 ans d'ancienneté (17). Ce taux croît ensuite de manière régulière avec l'ancienneté pour toucher 26,8 % des infirmiers ayant plus de 25 ans d'ancienneté. Ces résultats sont corrélés avec les scores obtenus à l'aide d'un autre questionnaire qui fournit un score de *burn-out* physique et psychologique : le *Copenhagen Burnout Inventory* ou CBI. Les résultats obtenus avec cette échelle révèlent des scores de *burn-out* moyens et élevés chez respectivement 58,8 % et 16,6 % des infirmiers de moins de 5 ans d'ancienneté. Ils montrent également que si les taux de professionnels présentant un score moyen restent relativement stables avec l'ancienneté, il n'en est pas de même des scores élevés qui augmentent régulièrement avec l'ancienneté pour toucher 19,1 % des plus anciens.

Des résultats similaires sont observés chez les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. Ainsi, par exemple, une étude réalisée auprès des médecins libéraux de Bourgogne montre, à l'aide de l'échelle MBI, des scores élevés à la sous-échelle d'épuisement émotionnel chez 47 % d'entre-eux et à la sous-échelle de déshumanisation de la relation chez 37 % d'entre-eux (26). Chez les hospitaliers, la situation est analogue. Plusieurs études menées dans différents pays, auprès de médecins de spécialités diverses, retrouvent un syndrome de *burn-out* chez 25 % à 60 % d'entre-eux (27,28,29,30). Ainsi, par exemple, les résultats d'une étude multicentrique française réalisée sur un jour donné auprès de médecins travaillant en unité de soins intensifs révèlent, à l'aide du MBI, des scores de *burn-out* élevés chez 46,5 % d'entre-eux (31). Les résultats soulignent également que ce n'est pas la sévérité des pathologies qui est associée aux scores élevés de *burn-out* mais le sexe féminin, la charge de travail ainsi que les difficultés relationnelles et les conflits au sein de l'équipe.

6. Conclusion

Le syndrome de *burn-out* touche une frange importante des professionnels de santé, toute catégorie professionnelle confondue. Cette très large proportion peut être mise en rapport avec les mutations que connaît, à l'heure actuelle, le monde de la santé et qui se traduisent, entre autres, par la diminution du nombre de lits hospitaliers par habitant, la réduction du temps de séjours des patients hospitalisés avec pour conséquence la densification des soins, l'augmentation de la technicité de certains traitements, et plus largement, la tendance à vouloir transformer l'hôpital en un plateau médico-technique au détriment de l'humain.

Les chiffres sont relativement alarmants et soulignent la nécessité d'une prise en charge du syndrome de *burn-out*. L'abord de cette question en soulève une autre : celle de la considération de la santé au travail et du maintien de la capacité professionnelle. Or, à ce sujet, on voit poindre à l'heure actuelle un paradoxe : celui du décalage entre une politique de santé qui semble s'orienter vers une approche comptable et le manque de prise en compte d'un syndrome qui coûte probablement très cher à la collectivité. Ce paradoxe est d'autant plus marqué que l'on dispose de moyens de prévention efficaces.

Références

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. J soc issues 1974 ; 30 : 159-64.
2. Cordes CL, Dougherty TW. A review and integration of research on job burn-out. Acad Manage rev 1993 ; 18 : 621-56.
3. Maslach C. Burn-out: the cost of caring. Englewoods Cliffs NJ, Prentice-Hall 1982.
4. Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, Eds. Professional burnout: recent

- developments in theory and practice. Washington DC, Taylor and Francis 1993 : 115-33.
5. Canoui P, Mauranges A. Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson 2008 : 240 p.
 6. Neveu JP. Burnout and consequences: a review of health professional maltreatment of the patient. In: Halbelsen JRB, Ed. Handbook of stress and burn-out in health care. New York, Nova Science Publishers 2008 : 157-72.
 7. Maslach C. Burned-out. Human behav 1976 ; 5 : 16-22.
 8. Piedmont RL. A longitudinal analysis of burn-out in the health care setting: the role of personal dispositions. J pers assess 1993 ; 67 : 457-73.
 9. Jones JW. The burn-out syndrome. New York, London House Press 1982.
 10. May HJ, Revicki DA. Professional stress in family physicians. J Fam Pract 1985 ; 20 : 165-71.
 11. Kahn R, Wolfe DM, Quinn RP, Snoek JD, Rosenthal RA. Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity. New York, Wiley 1964.
 12. Kahn R. Job burn-out: prevention and remedies. Public welf 1978 ; 36 : 61-3.
 13. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: a examination of personal, professional and organizational relationships. Med care 1994 ; 32 : 745-54.
 14. Gorgievski MJ, Hobfoll SE. Work can burn us out or fire us up: conservation of resources in burn-out and engagement. In: Halbesleben JRB, Ed. Handbook of stress and burn-out in health care. New York, Nova Science Publishers 2008 : 7-22.
 15. Maslach C, Schaufeli, WB, Leiter, MP. Job burn-out. Annu rev psychol 2001 ; 52 : 397-422.
 16. Davies JM. Team communication in the operating room. Acta anaesthesiol. Scand 2005 ; 49 : 898-901.
 17. Estry-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes : Presse de l'EHESP 2008 : 234 p.
 18. Phillips J, Beam S, Brinker A et al. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. Am J health-Syst Pharm 2001 ; 58 : 1835-41.
 19. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Medication errors in United States hospitals. Pharmacotherapy 2001 ; 21 : 1023-36.
 20. Bakker AB, Van der Zee KI, Lewig KA, Dollard MF. The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counsellors. J soc psychol 2006 ; 146 : 31-50.
 21. Mills LB, Huebner ES. A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and burn-out among school psychology practitioners. J sch psychol 1998 ; 36 : 103-20.
 22. Eysenck HJ, Eysenck MW. Personality and individual differences: a natural science approach. New York, Plenum 1985.
 23. Langelan S, Bakker AB, van Doornen LJP, Schaufeli WB. Burnout and work engagement: do individual differences make a difference? Pers individ differ 2006 ; 40 : 521-32.
 24. Duquette A, Kerouac S, Sand BK, Saulnier P, Lachance L. Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. Santé ment. Qué 1997 ; 22 : 257-78.
 25. Maddi SR, Kobasa SC. The hardy executive: health under stress. Homewood, Dow Jones-Irwin 1984.

26. Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport des recherches pour l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne 2001.
27. Ramiez AJ, Graham J, Richards MA et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J cancer* 1995 ; 71 : 1263-9.
28. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practionners and hospital physicians. *Psychoter. Psychosom* 2000 ; 69 : 329-34.
29. Deckard GJ, Hicks LL, Hamory BH. The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *J infect dis* 1992 ; 165 : 224-8.
30. Gallery ME, Whitley TW, Klonis LK, Anzinger RK, Revicki DA. A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Ann emerg med* 1992 ; 21 : 58-64.
31. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J respir crit care med* 2007 ; 175 : 686-92.