

# LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS (SEPS) OU BURN OUT SYNDROME

JANVIER 2016

Rédaction par le Dr Magnani Claude coordonnateur groupes qualité

Remerciements aux médecins des Groupes qualité des Dr David, De Deyne et Grudet pour leurs réflexions et leur travail de recherche documentaire.

## 1/ Un peu d'histoire :

L'épuisement professionnel ou burn out n'est pas un syndrome nouveau. Ce phénomène a fait l'objet de nombreuses définitions. Les psychologues Perlman et Hartman en recensent plus de quarante-huit dans des articles publiés entre 1974 et 1980.

Le concept de burnout est né dans les années 75 aux Etats-Unis suite aux travaux du Docteur Herbert Freudenberger, (psychiatre et psychanalyste qui travaillait dans un centre pour toxicomanes et qui rapporta le mal-être des bénévoles de son centre). Il écrit : « les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles, et sous la tension produite par un monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer, comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

En France, on emploie plutôt le terme Syndrome d'épuisement professionnel (SEP). Toutes les définitions s'accordent à reconnaître trois dimensions, évoluant successivement sur plusieurs années qui sont selon le Dr Maslach :

1. **L'épuisement émotionnel ou fatigue psychologique** est la perte de la capacité à accueillir une émotion nouvelle. Cela se traduit par des frustrations et des explosions émotionnelles. Il n'y aurait pas d'amélioration par le repos.
2. **La dépersonnalisation ou perte d'intérêt vis-à-vis des patients**, considérés comme des objets impersonnels (« la crise d'asthme de la chambre 4 »...) et non plus comme des individus ; cette sécheresse relationnelle est le « noyau dur » du syndrome

3. **La diminution de l'accomplissement personnel**, vécue comme un sentiment d'échec personnel. C'est le sentiment de ne pas être efficace surtout dans sa relation à l'autre. La perte de sens s'associe à une démotivation et à une culpabilité.

## 2/ Le burnout un concept encore flou : Burnout ou dépression

Dire à un patient qu'il souffre d'épuisement professionnel, d'accord. Mais poser le même diagnostic à son propre égard, c'est une autre paire de manches. Ce qui est vrai pour les patients est difficile à appliquer pour soi-même.

Jamais l'environnement dans lequel se pratique la médecine n'a été plus propice à l'épuisement professionnel. La charge de travail élevée, la cadence rapide, le sentiment de perte de contrôle et d'absence de soutien, auxquels s'ajoutent la fatigue, la pression qu'engendre le risque d'erreur et l'impossibilité, souvent, de s'en ouvrir aux collègues eux aussi plongés dans le travail : voilà la parfaite recette du burnout. **Le médecin doit livrer une performance exceptionnelle en termes de qualité (très élevée) et de coûts (le plus bas possible)**. Cet impératif paradoxal est source de tension.

S'ajoute des pressions plus sournoises comme la **carence médicale**, le **vieillessement des professionnels**, **l'isolement**, la couverture médiatique souvent négatives, la complexité des maladies chroniques...

Dans les classifications des troubles psychiatriques, aucune définition sur le BO n'est spécifiée. Ce dernier est considéré comme faisant partie des troubles de l'adaptation et n'est pas répertorié dans le DSM IV. On attend dans le DSM V sa classification comme maladie professionnelle. Dans la classification CIM-10, le BO apparaît dans les «difficultés liées à l'orientation de son mode de vie» (Z73.0). Et enfin, pour justifier le remboursement des caisses maladie, le terme de dépression doit être utilisé pour les victimes de BO, ce qui démontre la complexité, les difficultés diagnostiques, voire même certaines ambiguïtés et incohérences rencontrées.

Le BO se différencie en partie de la dépression par le rôle majeur du «Travail» dans son développement alors que dans la dépression, ce dernier est plus souvent un facteur aggravant qu'un déclencheur franc.

Un résumé simpliste considérerait qu'en cas de BO, la victime oublie ses limites, alors que lors de la dépression elle est paralysée par elles.

## 3/ Etat des lieux chez les médecins libéraux :

La problématique du burnout des médecins généralistes est plus préoccupante que jamais. En effet, le nombre de cas n'a cessé de croître ces dernières années. Le burnout génère des problèmes de santé mentale pour celui qui en souffre mais affecte également son fonctionnement professionnel et son entourage tant familial que social. Dans les cas les plus sérieux, ces médecins peuvent arrêter de travailler, voire abandonner la profession.

Dans une étude datant de 2006, publiée dans le Concours Médical, le taux de décès par suicide chez les médecins serait de 14%, alors qu'il est de 5,6% dans la population générale. Comment se fait-il que ces chiffres n'aient pas été criés haut et fort ?

En 2012, les troubles psychiatriques, y compris le SEP, étaient la première cause d'invalidité définitive des médecins en exercice. Les médecins généralistes sont particulièrement concernés par la souffrance psychologique puisque les études estiment que la moitié d'entre eux seraient atteints de SEP et en 2003, leur taux de suicide était environ 2,5 fois supérieur à celui de la population générale.

## 4/ Principales manifestations du burnout

Les manifestations sont physiques (asthénie) émotionnelles et comportementales (baisse de l'estime de soi, altération de l'humeur, anxiété, isolement social, dépersonnalisation). Ils sont communs à la dépression, hormis le **cynisme**. Le soignant épuisé par la charge émotionnelle met à l'écart le problème (et en l'occurrence le malade). Il tente de se protéger par une forme de cynisme et de froideur.

La **perte du sens de son travail** va retentir jusqu'au patient avec une altération de sa prise en charge.

La prévalence de l'épuisement professionnel (EP) des médecins, son retentissement, ainsi que les taux alarmants de suicide au sein de la population médicale nous amènent à croire qu'il existe probablement un lien entre l'**EP** et le **SUICIDE** des médecins. D'autant plus que les conséquences de l'EP (isolement, addiction, dépression..) sont considérées comme facteurs de risque de suicide. La question que nous nous posons : Quelle est la place du Burnout dans les étiologies du SUICIDE des Médecins ? A ce jour, nous ne disposons que d'hypothèses et les études statistiques actuelles ne nous permettent pas d'y répondre avec certitude.

### **En RESUME :**

1. **Plus de Suicides aboutis**, plus d'idées suicidaires, moins de TS que dans la population générale.
2. Particulière **Vulnérabilité des Femmes** médecins +++
3. Mode d'exercice : aucun médecin n'est épargné, pas de différence significative entre le médecin hospitalier/libéral, entre le citadin ou le rural.
4. Les spécialités médicales qui semblent être le plus à risque sont : la Médecine Générale, l'Anesthésie et la Psychiatrie ...
5. Les principaux facteurs de risque de suicide des médecins

- **L'isolement socio-affectif est un facteur**
- **Les addictions**
- **Les troubles de l'humeur**

## 5/ Prévention du burnout

### A/ Généralités

Il existe 3 niveaux de Prévention :

1. **Primaire** : C'est la réduction ou l'élimination des facteurs de stress dans l'environnement professionnel : temps d'échange au travail, valoriser la reconnaissance, améliorer la communication, définir et respecter les rôles de chacun, augmenter la participation aux prises de décisions.

2. **Secondaire** : Ce sont les interventions destinées à diminuer le stress perçu et ressenti. Le burnout est déjà en cours d'installation. Les interventions visent :
  - a) Les conditions physiques et physiologiques (régime, activités sportives...)
  - b) Le changement des comportements : relativiser, prendre du temps pour soi (loisirs, vacances...)
  - c) Le changement de l'environnement au travail et son comportement psychologique (mieux gérer sa vie...)
3. **Tertiaire** : A ce stade, il s'agit de traiter et non de prévenir. On ne s'adresse plus à des individus exposés mais à ceux qui souffrent d'un burnout sévère et qui doivent être pris en charge au niveau psychologique et médical. Il est important de noter, que ce 3ème niveau de prévention n'est guère reconnu en France.

## B/ Prévention du burnout des médecins

Les moyens de prévention sont organisés sur le plan individuel et institutionnel.

Personnellement, pour rester en bonne santé le médecin doit :

- + Répondre à ses besoins de base. : hygiène de vie
- + Protéger, développer et investir ses Ressources personnelles et sociales : loisirs, vacances
- + Evaluation, Analyse et Réflexion sur sa Vie Personnelle :
- + Etat de Santé des Médecins : Un médecin traitant pour Tous ?

Et les recommandations et incitations fortes à un suivi médical personnalisé semblent être jusqu'à présent loin d'être suffisantes. Nous pensons, que la situation actuelle de souffrance des médecins justifie une prise en charge individualisée. Pour mettre en place un suivi, **la déclaration obligatoire d'un médecin traitant** ne semble pas suffisante. Peut-être qu'une **interdiction de l'auto-prescription** permettrait au médecin de consulter un thérapeute autre que lui-même et améliorerait sa prise en charge ?

Pareillement le médecin doit faire une analyse de sa situation au travail :

- + Une ANALYSE FONCTIONNELLE de sa Situation Professionnelle : **Hiérarchiser, prioriser, déléguer**
- + FORMATIONS plus sur la **psychologie médicale**, le **relationnel**, la **gestion du temps** et le **management** en cas de pôle de santé.
- + Information des Etudiants en Médecine et des Médecins sur les **risques psychosociaux** de leur profession. Ces formations existent en Belgique et au Canada
- + Favoriser la communication et l'échange : savoir **déléguer**, favoriser le **travail pluridisciplinaire**, **échanger** avec les collègues et le personnel paramédical, **être à l'écoute ...**

- ✚ Améliorer la formation médicale pour réduire le décalage entre l'idéal de l'étudiant et la réalité de la profession.

**Il est temps selon nous de mettre un terme à la quête de la perfection, à la pression de sélection. Des objectifs d'élitisme et d'excellence favorisent l'émergence d'un perfectionnisme pathologique, l'isolement et l'individualisme qui contribuent à l'épuisement professionnel ultérieur.**

Sur le Plan INSTITUTIONNEL :

- ✚ **Faciliter et favoriser l'accès aux Soins** pour les Médecins mais craintes d'un risque de non confidentialité aux conséquences professionnelles et personnelles graves.
- ✚ Envisager des **Structures de Soins Spécifiques** pour Médecin malade ?  
Expérience en 2010 au CHU de Besançon
- ✚ Une **évaluation initiale et une réévaluation régulière** des aptitudes physiques et mentales du médecin. Les objectifs sont encore à définir ; le but étant de dépister les vulnérabilités psychiques et d'instaurer une prise en charge spécialisée.
- ✚ **Former les médecins à la prise en charge d'un confrère** : difficile +++ . Faut-il envisager un enseignement systématique pour tous les médecins ou envisager la création d'un corps médical qui soignerait spécifiquement les médecins ?
- ✚ **Aborder le Suicide d'un Confrère**, sujet qui reste tabou tant il est inconcevable qu'un médecin qui soigne se donne la mort.
- ✚ **Apporter une aide à un confrère** en difficulté ou en souffrance : C'est un devoir pour tout médecin, qui est inscrit et définit dans le Code de Déontologie : « **Les médecins se doivent assistance dans l'adversité** »
- ✚ Développement du **droit et devoir d'ingérence** ? Le droit et le devoir d'ingérence du code de la déontologie a été développé afin d'encourager le médecin à signaler les confrères souffrant d'une maladie mentale, d'une addiction et/ou d'un épuisement professionnel mais sur un plan éthique, il serait plus pertinent d'investir des moyens, du temps et de l'énergie en amont et dans la prévention que dans le signalement.
- ✚ Limiter, signaler ou interdire l'auto prescription ? Il serait souhaitable de **limiter l'auto prescription des médecins** par une législation et non d'interdire ; surtout les psychotropes qui les maintient dans leur isolement et retarde l'accès aux soins.
- ✚ Actions et rôles de l'**Ordre des Médecins** ? L'Entraide Ordinale consiste en toute action d'aide confraternelle de l'Ordre vers des confrères ou leurs familles en difficulté.
- ✚ **Améliorer la Protection Sociale** des Médecins :  
  
Par l'assurance maladie ils bénéficient du remboursement des soins médicaux, du versement d'indemnités et des allocations en cas de congé maternité et du capital décès. **Le Code de la Sécurité sociale accorde aux professionnels libéraux la faculté de s'assurer volontairement contre le risque des accidents du travail et des maladies professionnelles.**

Par la CARMF la protection sociale des médecins libéraux présente un délai de carence de 3 mois, en cas d'arrêt maladie ou d'accident.

Le régime d'incapacité temporaire de la CARMF, assure en cas d'arrêt de travail une indemnité journalière de 90 € par jour, à partir du 91ème jour d'arrêt de travail

- ✚ Créer des passerelles pour une éventuelle **reconversion**.
- ✚ Redéfinir la **responsabilité médicale**.

### Sur un plan SOCIAL :

Les médecins reçoivent un enseignement orienté vers les connaissances scientifiques, un peu vers les pratiques mais très rarement vers le relationnel et le psychologique. Le relationnel intervient pourtant dans la prise en charge des patients et dans la prise de décision.

Ces difficultés émotionnelles et relationnelles peuvent amener au burnout. Les 3 premières méthodes sont utiles pour augmenter la confiance en soi, la capacité d'écoute et la compréhension des patients. Le médecin exprime ses difficultés, identifie les obstacles, partage ses doutes :

- ✚ Groupe Balint
- ✚ Groupe de pairs
- ✚ Groupes Qualité
- ✚ Les alertes téléphoniques et sites internet : **0826 004 580**

L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML), créée en 2004, a bénéficié d'un financement public 2 à hauteur de 273 000 euros, qui lui a permis de mettre en place, depuis le 1er juin 2005, ce numéro de téléphone dédié, anonyme et gratuit, fonctionnant 24 heures par jour et 365 jours par an. Le dispositif permet à tout médecin libéral d'entrer un contact avec un psychologue clinicien de la société Psya, spécialisée dans la prévention, la prise en charge et la gestion des troubles psychologiques liés au travail. Le médecin appelant peut, s'il le désire, lever son anonymat ou, tout en le maintenant, rappeler le service jusqu'à 5 fois de suite. C'est une structure de premier recours qui peut s'accompagner d'orientations adaptées pour les cas graves ou trop complexes ne pouvant être résolus par téléphone.

L'AAPML envisage d'étendre son dispositif à tout le territoire et aux autres professionnels de santé.

L'AAPML développe également d'autres actions de formations, de communication ou d'échanges notamment à partir de son site internet ([www.aapml.fr](http://www.aapml.fr)).

- ✚ L'association pour les soignants :

C'est une association créée en 2009 à l'initiative de l'Ordre des médecins et de la CARMF, des Fédérations hospitalières et du groupe mutualité pasteur.

Les objectifs sont les suivants :

- a) Créer d'une base de données statistiques sur les pathologies spécifiques des soignants
- b) Définir une politique de soins spécifique au soignant et en particulier former des médecins, psychiatres, addictologues pour des soignants.

c) Solliciter les ARS pour la mobilisation de lits réservés à des soignants en détresse.

✚ Les conférences nationales et internationales sur la santé des soignants :

Un colloque national le 3 décembre 2015 à Paris sur la « vulnérabilité et le burnout des professionnels de santé »

## 6/ PERSPECTIVES

### Quelles pistes de réflexion :

1. Etablir un diagnostic positif :

Des outils existent même si les performances ne sont pas totalement fiables :

A / La **BMI (le MBI : Maslach Burn out Inventory)** échelle de mesure de l'Épuisement Professionnel du Soignant ; exposée dans le dossier documentaire.

Remplir la Maslach Burnout Inventory en ligne :

<http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeéchellembi.htm>

**B/ Le CBI: Copenhagen Burnout Inventory**

Score de burnout = Épuisement Professionnel lié au TRAVAIL

- Vous sentez-vous fatigué(e)?
- Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) physiquement?
- Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) émotionnellement?
- Vous arrive-t-il de penser : "Je n'en peux plus"?
- Vous sentez-vous exténué(e)?
- Vous arrive-t-il de vous sentir faible et prédisposé(e) à être malade?

Jamais/presque jamais  1

Rarement  2

Quelquefois  3

Souvent  4

Toujours  5

Score : moyenne des six items Elevé  $\geq 3$

2. Classer le burnout comme nouvelle catégorie de trouble mental :

3. Réfléchir sur le lien possible suicide/ burnout :

4. Classer le syndrome comme maladie professionnelle :

### Que font les étrangers :

A l'étranger, notamment au Canada et en Espagne, il existe des programmes de soins spécifiques pour Médecins malades. Ces aides spécifiques ont démontré une efficacité réelle dans la prise en charge médicale et de la réhabilitation psychosociale. Dans ces pays des visites médicales régulières d'aptitude sont imposées aux médecins. La « problématique » déontologique ne se pose pas car les médecins ont obligation d'être en bonne santé pour soigner les malades.

## 7/ CONCLUSION :

Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel permet de reconnaître que le monde médical devient parfois un **monde d'exception**.

Il permet d'induire une réflexion sur le fonctionnement psychique de la **relation d'aide**.

Il a des conséquences personnelles graves et sur un plan professionnel une **atteinte de la relation à l'Autre** à l'origine de la perte de sens et de la perte d'empathie avec ce que cela implique dans la prise en charge des Patients.

Le médecin, qui travaille beaucoup, est dans le **paraitre** le plus longtemps possible notamment par le recours à l'automédication ou aux addictions. Mais lorsqu'il dépasse ses possibilités d'adaptation, le burnout altère **la qualité des soins** et s'accompagne d'un **déni**.

« La collectivité comme les institutions médicales participent de ce déni, qui ne veulent voir dans le médecin que celui qui assure et à qui on peut demander encore et encore. La prévalence élevée du burnout chez les médecins libéraux traduit une tension importante du système de santé qui nécessite une prise en charge collective adaptée, soutenue et urgente ».



## ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Plusieurs fois par an	Une fois par mois au moins	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	plusieurs fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

### Total du Score d'Épuisement Emotionnel (SEE)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20  
**SEP =**

Épuisement Emotionnel	SEE < à 17	18 < SEE < 29	30 < SEE
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

### Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22  
**SD =**

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

### Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.  
**SAP =**

Accomplissement personnel	SAP < 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

### Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEE et SD se trouvent tous les deux dans le rouge ! Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEE	L'épuisement émotionnel (Burn Out) avec une sensation d'abattement qui rend irritable. Le travail est vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

## BIBLIOGRAPHIE

1. <http://francais.medscape.com/voirarticle/3601290>
2. <http://www.carnetpsy.com/article.php?id=1076&PHPSESSID=gafjuplmpith1hur66b30p28s3>
3. <http://santeinc.com/2014/05/brule-le-medecin/>
4. [http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R\\_BurnOut\\_0707.pdf](http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R_BurnOut_0707.pdf)
5. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm>
6. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01165621/document>
7. [http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/le\\_mbi.pdf](http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/le_mbi.pdf)
8. <http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeéchellembi.htm>
9. <http://www.redpsy.com/infopsy/resilience.html>
10. <http://www.syndicat-medecins.be/burnout.html>
11. [file:///C:/Users/claude/Downloads/rapport-burnout%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/claude/Downloads/rapport-burnout%20(1).pdf)
12. [http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/these\\_ruth-wiertz.pdf](http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/these_ruth-wiertz.pdf)
13. <http://www.egora.fr/sites/default/files/These-BONNEAUDEAU-05juil11.pdf>
14. [http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R\\_BurnOut\\_0707.pdf](http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R_BurnOut_0707.pdf)
15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15843332>
16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051263/>
17. <http://www.balint-smb-france.org/pages/les-actions-de-nom-structure.html>
18. [http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/Galam\\_3.pdf](http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/Galam_3.pdf)
19. [http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/Galam\\_4.pdf](http://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/Galam_4.pdf)
20. <http://www.aapml.fr/>
21. <https://www.psya.fr/>
22. <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-2-page-95.htm>
23. [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-manche/vous-informer/l-assurance-volontaire-at-mp\\_manche.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-manche/vous-informer/l-assurance-volontaire-at-mp_manche.php)

## DOCUMENTS A LIRE

1. Etude de faisabilité d'un service de médecine préventive pour les médecins généralistes du Languedoc Rousillon : thèse présentée et soutenue publiquement par Fanny Graucoppieters le 14/12/2012
2. Étude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du Nord Pas de Calais et prévalence du Burnout : réalisée à partir de l'envoi de 1000 questionnaires : Présentée et soutenue publiquement le 21 mai 2012 par le Dr Aurélien Faille
3. Le grand tabou du médecin à bout par GUY SABOURIN
4. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel : «La Brûlure interne». Québec : Gaëtan Morin Ed., 1987
5. « Le médecin malade ou en burnout comme le médecin impliqué, subissent la double peine qui leur impose de se cacher plutôt que de demander l'aide à laquelle ils ont droit comme tout un chacun »  
Eric Galam MEDECINE 11/2015 vol.11 n°9
6. **AMELI : assurance volontaire AT et Maladies Professionnelles des Médecins.** Imprimé de demande d'admission téléchargeable sur : [ameli.fr/espace assurés/formulaires/accidents du travail, maladies professionnelles/](http://ameli.fr/espace-assurés/formulaires/accidents-du-travail-maladies-professionnelles/) Demande d'admission à l'assurance volontaire individuelle accidents du travail et maladies professionnelles