



# Les professionnels de la santé face au burnout

## Facteurs de risque et mesures préventives

Rev Med Suisse 2014; 10: 1787-92

**M. Robbe-Kernen  
R. Kehtari**

Drs Muriel Robbe-Kernen  
et Reza Kehtari  
Centre médical de la Côte  
Petit-Berne 14, 2035 Corcelles  
mimsk15@gmail.com

Dr Reza Kehtari  
Département des urgences  
Hôpital neuchâtelois  
2000 Neuchâtel  
reza.kehtari@h-ne.ch

### Healthcare professionals dealing with burnout: Risk factors and preventive measures

Although sometimes called «disease of the century», the burnout doesn't inspire a lot of prevention, and is still a taboo, for most of people suffering of this malaise.

The healthcare professionals represent a risky population and most of them are not aware of it.

Unfortunately existing preventive measures are still badly known. Nevertheless it seems necessary to try to prevent if not slow down the development of this disease before it leads to excessive damages for our already suffering society... Talking about this pathology is quite easy but it is much more difficult than generally thought to admit being personally touched and to look for appropriate help.

Bien que parfois qualifié de «maladie du siècle», le burnout (BO) n'inspire guère de mesures préventives et, pour la majorité des personnes atteintes, ce mal-être reste un tabou. Les professionnels de la santé représentent une population à risque et n'en sont que rarement conscients. Les moyens de prévention mis en place restent malheureusement peu connus. Il paraît pourtant nécessaire de tenter de prévenir sinon freiner l'évolution de cette pathologie avant qu'elle ne cause trop de dommages dans notre société déjà souffrante... Parler de cette pathologie est relativement aisé mais s'en avouer victime et chercher les ressources pour y remédier est une tâche bien plus ardue qu'on ne le pense.

### INTRODUCTION

Dans la société actuelle, certains imaginent que cacher son mal-être, plus particulièrement dans le milieu professionnel, c'est l'aider à disparaître. On peut aisément comprendre cette peur d'être rejeté par une société qui avance à l'allure d'un TGV. Or, les valeurs et besoins humains indispensables au maintien de l'équilibre psychosomatique sont de plus en plus sacrifiés dans cette course effrénée au rendement: c'est précisément ce déséquilibre qui fragilise l'être humain et le rend parfois incapable de suivre l'allure imposée.

En effet, ne pas parvenir à atteindre les objectifs fixés, qu'ils soient réalistes ou complètement hors de portée, ou être à la limite d'une «surchauffe» physique et/ou psychique comporte le risque d'abdication ou de se sentir rejeté.

Cet épuisement, par manque de ressources internes, est de plus en plus présent dans la société et semble n'épargner aucune profession, tranche d'âge ni sexe. Or, comment essayer de lever le voile sur un sujet surmédiatisé qui reste malgré tout encore tabou, et ce particulièrement dans le monde des soignants où demander de l'aide révèle son incapacité à en apporter?

Cet épuisement, par manque de ressources internes, est de plus en plus présent dans la société et semble n'épargner aucune profession, tranche d'âge ni sexe. Or, comment essayer de lever le voile sur un sujet surmédiatisé qui reste malgré tout encore tabou, et ce particulièrement dans le monde des soignants où demander de l'aide révèle son incapacité à en apporter?

### BURNOUT OU ÉTAT DÉPRESSIF?

Avant de parler du burnout (BO) tel que nous le «connaissons» de nos jours, il est important de rappeler que par le passé, ce terme était réservé aux schizophrènes développant un état terminal d'apathie et de démoralisation à l'image d'une mort sociale.<sup>1</sup>

Herbert J. Freudenberg (1927-1999), psychologue et psychothérapeute américain, lui-même victime du syndrome d'épuisement professionnel dans les années 1960, s'intéressa énormément à ce phénomène. C'est lui qui décrit en premier, dans les années 1970, le terme de BO au sens où nous le connaissons aujourd'hui. Dans le livre qu'il publia en 1980,<sup>2</sup> il explique le développement du BO de la manière suivante:

«En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en vien-



nent 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.»

De nombreuses définitions du BO existent aujourd'hui, tant centrées sur la relation employeur-employé que sur la perception de soi. Dans les classifications des troubles psychiatriques, aucune définition sur le BO n'est spécifiée. En effet, ce dernier est considéré comme faisant partie des troubles de l'adaptation et n'est pas répertorié dans le DSM IV; dans le DSM V, dont la version française n'est pas encore disponible, il fait partie des maladies professionnelles (V62.29(Z56.9)). 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.

Herbert J. Freudenberger le définit comme suit:

«Un problème qui prend naissance de la bonne intention d'atteindre des buts élevés, voire irréalistes, et qui aboutit à épuiser ses énergies, se détacher de soi-même et perdre le contact avec les autres.»

On s'accorde aujourd'hui à décrire le BO comme un syndrome tridimensionnel<sup>3</sup> englobant l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et la perte du sentiment d'accomplissement personnel. Cette pathologie 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.

Néanmoins, la différence entre ces deux pathologies reste floue et il existe entre elles un chevauchement certain. La spirale du BO est d'abord ascendante, contrairement à celle de la dépression qui, elle, est tout de suite descendante. En effet, dans le développement du BO, il y a un effort de vouloir faire mieux, d'atteindre les objectifs coûte que coûte, même s'ils sont hors de portée.<sup>4</sup>

Dès lors, et bien que le processus de son installation soit parfois plus long, la victime de BO arrive plus ou moins rapidement à un stade d'épuisement et toute l'énergie consacrée à lutter contre la fatigue et le mal-être pour continuer d'atteindre des objectifs personnels ou professionnels s'effondre soudainement.

Contrairement au BO, dans la dépression, l'amplificateur de stress agit plutôt comme un frein. La victime se dévalorise par manque de confiance, doute de ses capacités et se sent rejetée car elle ne peut pas atteindre les buts attendus. On comprend dès lors, qu'à l'inverse d'une personne anxieuse plus encline à la dépression, le perfectionniste soit plus sujet au BO.

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.

### Symptômes et signes cliniques

Il est à noter que l'intégralité des symptômes d'un épisode dépressif majeur se retrouve également dans le BO (tableau 1),<sup>5</sup> ce qui rend la différenciation des deux pathologies impossible à un stade avancé de la maladie.

**Tableau 1. Principaux symptômes du burnout communs à la dépression, hormis le cynisme**

Sur le plan physique	Sur le plan émotif	Sur le plan intellectuel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue généralisée</li> <li>• Troubles digestifs</li> <li>• Nausées</li> <li>• Maux de dos</li> <li>• Problèmes de peau</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Infections virales persistantes</li> <li>• Déséquilibres hormonaux</li> <li>• Insomnies</li> <li>• Hypertension</li> <li>• Problème de rigidité musculaire</li> <li>• Perte de poids</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilité</li> <li>• <b>Cynisme</b></li> <li>• Impatience, désespoir</li> <li>• Négativisme</li> <li>• Sentiment d'abandon</li> <li>• Diminution de l'estime de soi</li> <li>• Sentiment d'incompétence</li> <li>• Anxiété, culpabilité</li> <li>• Aversion pour le travail</li> <li>• Colère, agressivité</li> <li>• Méfiance, susceptibilité</li> <li>• Diminution des capacités à communiquer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes de mémoire</li> <li>• Distraction</li> <li>• Incapacités d'exécuter des opérations simples comme le calcul mental</li> <li>• Difficultés de jugement</li> <li>• Indécision</li> <li>• Sentiment de confusion</li> <li>• Difficultés de concentration</li> </ul>

Bien que notre étude soit principalement centrée sur la Suisse et les pays voisins, il s'avère que le BO semble toucher la majorité des pays industrialisés. A titre d'exemple, au Japon, le BO, connu sous le nom de *Karoshi* (mort par le travail), fait partie des maladies professionnelles depuis 1988 déjà.

### BURNOUT: MÉCANISMES ET FACTEURS FAVORISANTS

Selon le Dr Herbert Freudenberger (1986), le BO se développe en douze étapes majeures (tableau 2).<sup>6</sup>

**Tableau 2. Etapes majeures dans le développement du burnout (BO)**

1. «**La compulsion de se révéler**»: désir obsessionnel de réussite avec des attentes surréalistes vis-à-vis de soi ou du milieu professionnel. Ce dernier point, accessoire à l'époque, dépasse actuellement les objectifs personnels et représente un facteur majeur dans la survenue de BO
2. «**L'intensité**»: incapacité à déléguer les tâches avec la sensation d'une perte de contrôle et de qualité si les tâches sont effectuées par autrui
3. «**La déprivation subtile**»: abnégation des besoins personnels avec la sensation qu'ils sont un frein à sa réussite personnelle
4. «**Le rejet des conflits et des besoins**»: manque d'énergie, avec des symptômes physiques qui sont ignorés, voire rejetés, par l'individu qui refuse de s'en inquiéter. Il s'ensuit, à ce stade, un changement de comportement de la personne traduisant l'atteinte par le BO
5. «**La déformation des valeurs**»: priorités mal évaluées et repli de la personne sur elle-même
6. «**L'augmentation du déni**»
7. «**Le désengagement**»: isolement et crainte des relations sociales
8. «**Les changements de comportement**»: stade souvent remarqué par les proches, mais ne réalisant que parfois la gravité de la situation face à la victime qui devient très négative, avec un sentiment de dévalorisation
9. «**La dépersonnalisation**»: perte des repères, la sensation de ne plus se reconnaître
10. «**Le vide**»: moment critique où les addictions peuvent apparaître dans le but de remplir un vide intérieur immense
11. «**La dépression**»: les idées suicidaires peuvent apparaître, l'individu montre une perte de motivation complète
12. «**L'épuisement total**» ou le BO du corps tant psychique que physique



**Tableau 3. Concordances des tableaux décrits par M. Burisch et H. Freudenberger**

Matthias Burisch	Herbert Freudenberger
1. Phase des signes avant-coureurs	Etapes 1 et 2
2. Phase de la réduction de l'engagement	Etape 3
3. Phase des réactions émotionnelles	Etapes 4 et 5
4. Phase de la baisse des capacités cognitives	Etape 6
5. Phase du déclin de la vie émotionnelle et sociale	Etapes 7 et 9
6. Phase des réactions psychosomatiques	Etape 8
7. Phase de la dépression et du désespoir	Etapes 10, 11 et 12

Plus récemment, Matthias Burisch<sup>7</sup> résume la survenue du BO en sept phases qui recourent globalement avec les douze étapes décrites par Freudenberger (tableau 3).

### Profils à risque

Certaines caractéristiques personnelles favorisent l'apparition du BO, dont les principales sont représentées dans le tableau 4.<sup>8</sup>

Ceci se résume par :

1. Avoir un idéal élevé quant au niveau de performances et de réussite à atteindre ;
2. Lier l'estime de soi à ses performances ;
3. Chercher à atteindre des objectifs difficiles, voire impossibles.

De plus, l'environnement professionnel et/ou personnel favorise, dans certaines situations et notamment dans les professions médicales (où «l'idéal du sauveteur» est fortement représenté), le développement de cette pathologie. Le sentiment d'impuissance ou d'échec dans la lutte contre certaines maladies des patients est sans doute également un facteur à prendre en compte.

**Tableau 4. Exigences en fonction des caractères sous-jacents jouant un rôle d'accélérateur de burnout**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Perfectionnisme</li><li>• Excès de sens des responsabilités</li><li>• Besoin d'harmonie excessif</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recherche excessive d'admiration</li><li>• Besoin excessif de contrôle</li><li>• Besoin excessif d'autonomie</li></ul>
--	--

### SPÉCIFICITÉ DU BURNOUT DANS LES PROFESSIONS MÉDICALES

La revue de la littérature reste malheureusement pauvre à ce sujet et il est difficile de pouvoir se référer à des statistiques connues, reconnues ou officielles.

Néanmoins, les quelques études ou statistiques suisses ou européennes disponibles convergent vers les risques et les enjeux de santé psychique et/ou physique inhérents à la profession médicale.

En 2002, sous l'impulsion du Collège de médecine de premier recours (CMPR) et avec le soutien de l'Académie suisse des sciences médicales, une enquête basée sur l'envoi d'un questionnaire de santé, composé de 158 items, à

3000 médecins de premier recours (médecine générale/interne, pédiatres et praticiens) suisses a été réalisée.<sup>9</sup>

Sur la base des 65% de réponses obtenues, on ressent une inquiétude principalement vis-à-vis de l'avenir de la profession, même si les résultats sont «rassurants», comparativement à d'autres études internationales. En effet, les médecins seraient une population à risque suicidaire élevé car environ 20% des médecins suisses avaient montré des signes de BO et un tiers des personnes interrogées avouaient avoir eu une phase suicidaire dans le cadre de leur activité professionnelle.

Toutefois, bien que les cas de suicide des médecins ne soient pas rares, les chiffres précis de passage à l'acte chez ces derniers ne sont plus recensés car, depuis 1988, la profession des personnes mettant fin à leurs jours n'est plus enregistrée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ceci est pour le moins étonnant et d'autant plus regrettable que, déjà entre 1979 et 1988, alors que ce paramètre était encore enregistré, l'OFS estimait qu'ajusté à l'âge, le risque relatif de décès par suicide chez les médecins était de trois à six fois supérieur par rapport à la population générale.

A Genève, au début des années 2000, le Dr Jacqueline Torgler avait déjà effectué une étude auprès de 410 médecins assistants, révélant alors un risque de BO de 40% dans cette population.<sup>10</sup>

En France, l'étude SESMAT (Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail), effectuée en 2008<sup>11</sup> auprès des médecins salariés et des pharmaciens hospitaliers (3%), a permis d'évaluer la satisfaction de 3196 médecins, dont 92,8% hospitaliers et 16,8% urgentistes. Les résultats de cette étude montraient un taux d'insatisfaction de 21,4% chez les urgentistes travaillant en institution hospitalière vs 17,4% chez les médecins salariés tous confondus. Le pourcentage de BO était également plus élevé (51,5% vs 42,4%) chez les médecins urgentistes. Les conflits professionnels et/ou familiaux sont décrits, selon cette même étude, comme un facteur de risque majeur de BO. L'univers des urgences comporte effectivement de nombreuses variations d'horaires et des journées à rallonge, laissant peu de place à l'organisation «d'une vie socio-familiale». Un manque de cohésion au sein de l'équipe, toujours selon cette étude, doublerait le risque de BO dans l'échantillon de médecins salariés et le quadruplerait chez les urgentistes.

### PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

Quels outils sont à disposition afin de ne pas «entrer dans cette spirale»? Comment faire afin que le corps médical prenne conscience de cette pression mentale provoquant l'épuisement physique et psychique?

Les facteurs suivants sont considérés comme potentiellement protecteurs et permettent de diminuer le risque de BO :

1. L'enseignement auprès des étudiants en médecine et la multiplication des interventions dans les hôpitaux, et plus particulièrement dans les services les plus exposés comme les urgences, l'oncologie ou les soins palliatifs. Une telle démarche permettrait non seulement de connaître l'existence de cette pathologie et son incidence plus élevée auprès du corps médical concerné, mais également d'améliorer



rer la détection des premiers symptômes et donc de sa prise en charge.

2. L'aide venant de l'extérieur (pairs, familles, amis, autres professionnels de la santé, etc.) reste un élément positif, ceci pour autant que la «victime» fasse le pas en demandant du soutien. Un interlocuteur ouvert à une «écoute directe» et/ou «indirecte» en dirigeant la victime vers d'autres pistes spécialisées aura, dans ce cas, un rôle majeur.

3. La «cohabitation professionnelle» de type cabinet de groupe peut dans certaines situations jouer un rôle protecteur, ceci pour autant que divers conflits ou rivalités ne créent pas de barrages et que le rôle du superviseur soit clairement défini au préalable.

4. Avoir un médecin traitant: en effet, selon l'enquête de 2002, seuls 21% des médecins avaient un «médecin traitant», ce qui, bien évidemment, rend le dépistage du BO difficile chez cette population à risque.

Sur le plan technique, le test d'autoévaluation de Maslach (tableau 5) permet de se situer face au BO à un stade débutant et, par là même, facilite une prise en charge plus précoce.

Cet outil diagnostique se base sur 22 questions et explore les trois dimensions du BO: l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d'accomplissement (tableau 5). Comme il est basé sur l'appréciation de ses propres sentiments ou sensations éprouvés face à sa situation professionnelle, il est important que le praticien puisse indiquer, pour chaque item, la fréquence de ses ressentis au cours des derniers mois, ceci permettant alors d'évaluer le degré du BO.

En cas de présence de facteurs de risque ou d'éventuels symptômes révélés suite à cette autoévaluation, le praticien a, dès lors, la possibilité de se diriger vers des groupes mis en place afin d'apporter aide et écoute au corps médical tels que Balint ou le réseau de soutien pour les médecins (REMEDI).

## Société Balint

Elle a été fondée en Suisse, en 1999, bien que des groupes se soient déjà créés dès la fin des années 60 selon le modèle du médecin psychanalyste hongrois Michael Balint. Des séances de psychodrames analytiques par des jeux de rôle ont lieu entre plusieurs participants, permettant aux médecins de revivre des moments difficiles de relation avec leurs patients, ou alors de pointer du doigt certaines situations bloquées à leur insu.

Les séances regroupent des médecins, le plus souvent des généralistes avec également un/deux intervenants, notamment des psychanalystes et/ou des psychiatres. A l'issue des séances, des discussions ont lieu entre les participants afin d'analyser les diverses réactions et de déterminer les problèmes apparus lors de la consultation. Plutôt qu'un «débriefting», il s'agit d'une intervention avec une ambition d'exploration intrapsychique pour celui qui présente un cas.

## Réseau de soutien pour les médecins

REMEDI, quant à lui, est un projet qui a été introduit en premier lieu dans les cantons de Neuchâtel et de Thurgovie, en 2007. Il s'agit d'une organisation affiliée à la FMH qui permet une aide rapide, personnalisée et confidentielle.

REMEDI se définit comme «un réseau de soutien pour médecins qui a pour but de maintenir la capacité fonctionnelle du médecin, de garantir la sécurité des patients et de promouvoir la qualité des soins.»

REMEDI permet également aux proches du praticien de demander conseil sans, bien entendu, qu'une quelconque démarche ne soit entreprise sans l'accord de ce dernier. Selon son désir, le médecin consultant pourra rencontrer un interlocuteur en dehors de sa région d'activité professionnelle afin d'assurer une confidentialité totale.

### Tableau 5. Test de Maslach, calcul du score et interprétation

Classification selon les trois dimensions des sentiments (ou des idées, des impressions) que l'on peut éprouver à propos de son travail

#### 1. Epuisement professionnel

- Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
- Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts
- Je sens que je craque à cause de mon travail
- Je me sens frustré(e) par mon travail
- Je sens que je travaille «trop dur» dans mon emploi
- Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
- Je me sens au bout du rouleau

#### 2. Dépersonnalisation

- Je sens que je m'occupe de certains clients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets
- Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
- Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
- Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes clients
- J'ai l'impression que mes clients me rendent responsable de certains de leurs problèmes

#### 3. Sentiment d'accomplissement

- Je peux comprendre facilement ce que mes clients ressentent
- Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes clients
- J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
- Je me sens plein(e) d'énergie
- J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes clients
- Je me sens ragaillardisé(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes clients
- J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
- Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

**1. Calcul du score:** Jamais: 0 point; quelques fois par an: 1 point; 1 fois par mois: 2 points; quelques fois par mois: 3 points; 1 fois par semaine: 4 points; quelques fois par semaine: 5 points; au quotidien: 6 points.

#### 2. Interprétation

Score d'épuisement professionnel (SEP)

SEP < 18	18 ≤ SEP ≤ 29	29 < SEP
Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Score de dépersonnalisation (SD)

SD < 6	6 ≤ SD ≤ 11	11 < SD
Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Score d'accomplissement (SAP)

SAP < 34	34 ≤ SAP ≤ 39	39 < SAP
Degré faible	Degré modéré	Degré élevé





A relever que cette organisation, bien que financée par la FMH, reste indépendante. Elle n'a en aucun cas un rôle de délation et la confidentialité vis-à-vis de la FMH est totalement garantie.

## DISCUSSION

Le burnout? Tout le monde en parle... sauf ceux qui en sont victimes.

On peut même se demander si l'effet de «mode» ne banalise pas parfois l'usage «à tout-va» de ce terme, que certaines personnes s'approprient par mimétisme social.

Il est vrai que dans une société de surconsommation et de compétition, «ne plus y arriver», «être au bout du rouleau» n'est guère valorisant. Si on s'éloigne un peu de l'illusion en se rapprochant de la réalité, il semble pourtant évident que chacun, à un moment ou à un autre de sa carrière, a ressenti le besoin de confier à quelqu'un des difficultés éprouvées durant son travail.

Il est donc important de savoir que diverses initiatives et démarches permettent au corps médical non seulement de se remettre en question de manière régulière, mais également de reconnaître des signes précurseurs chez leurs collègues et d'être mieux familiarisé avec les symptômes et les facteurs favorisant le BO.

En effet, le dépistage précoce peut amener à une approche thérapeutique qui sera essentiellement dirigée selon le stade diagnostique. La prise en charge se fera dans un premier temps par les pairs. Le psychiatre ou le psychologue n'intervient que plus tard et jugera alors de la thérapie la plus adaptée au cas par cas. Les thérapies cognitivo-comportementales semblent donner de bons résultats. La méditation (de plus en plus prise au sérieux), la sophrologie ou le coaching peuvent également être d'une grande aide pour parvenir enfin à la résilience, et donc à la guérison.

Il est impératif de s'accorder une véritable pause: ne pas répondre à la pression de l'employeur, ne pas reprendre le travail si un arrêt a été préconisé et ignorer les mails et les appels téléphoniques intempestifs. Les moyens technologiques actuels contribuent tant au développement du BO qu'à sa difficulté de guérison.

## CONCLUSION

Le corps médical et les professionnels de la santé sont clairement une population à risque de BO.

La surcharge de travail et l'épuisement physico-psychi-

que rendent le soignant plus fragile et prompt à entrer dans la spirale du BO. Ajoutons à cela une société sous pression, souvent en plein doute et donc soucieuse de se rassurer par des exigences formelles (administratives et chronophages), et des patients de plus en plus exigeants face à des soignants de plus en plus sollicités: une équation qui semble difficile à résoudre.

Pour le médecin au service de l'humanité, l'oubli de soi et l'incapacité à s'aider lui-même constituent des facteurs de risque supplémentaires le rendant encore plus fragile. Est-ce cette impulsion qui le pousse à aller à la rencontre et à l'écoute de la souffrance de l'autre qui l'empêche de prêter attention à la sienne et l'incite inconsciemment à brûler ses ailes et le reste?

Cette volonté de soigner l'autre envers et contre tout que Freud déjà nommait «*furor sanandi*»? ■

## Remerciements

Les auteurs remercient vivement le Dr Adrienne Baussière, présidente du Groupement des psychiatres neuchâtelois (GPN), pour sa relecture attentive du manuscrit.

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## Implications pratiques

- > Bien que les causes de développement du burnout (BO) et de la dépression soient différentes, les symptômes sont très similaires, et ce d'autant plus que le stade du BO est avancé. Il est donc important de détecter les premiers signes de BO afin d'agir précocement sur ce syndrome
- > La population des soignants est particulièrement à risque de BO
- > En plus des conditions de travail, il existe des facteurs personnels pouvant protéger, ou au contraire, précipiter le développement du BO
- > Des groupes, tels que la société Balint ou le réseau de soutien pour les médecins REMED, existent pour aider les victimes de BO
- > Avoir un médecin traitant est considéré comme facteur protecteur de BO

## Bibliographie

- 1 Larouche LM. Manifestations cliniques du «burn out» chez les médecins. *Santé mentale au Québec* 1985;10: 145-50.
- 2 Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel: «La Brûlure interne». Québec: Gaëtan Morin Ed., 1987.
- 3 Zawieja P. Le burn-out des soignants, vrai problème ou faux syndrome? *Revue en ligne: Cultures de sécurité*; mars-avril 2012; n° 11.
- 4 \* Brühlmann T. Burnout et dépression – chevauchement, délimitation. *Forum Med Suisse* 2010;10: 148-51.
- 5 [www.therapiebreve.be/specialisation/burnout-epuisement-professionnel/specifite-symptomes](http://www.therapiebreve.be/specialisation/burnout-epuisement-professionnel/specifite-symptomes)
- 6 Munroe V, Brunette N. L'épuisement professionnel (burn-out): un problème réel. *Des pratiques à notre image. Reflets* 2001;7.
- 7 Leupold J. Burn out, Informations destinées aux personnes touchées et leurs proches. *Lundbeck*, 2007.
- 8 Brühlmann T. Diagnostic et traitement du burnout en pratique. *Forum Med Suisse* 2012;12:955-60.
- 9 \* Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse. *PrimaryCare* 2004;4:941-7.
- 10 Kiefer B. Bloc-notes: Assistants: nos grands frères. *Med Hyg* 2001;59:1488.
- 11 \*\* Estryn-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emerg Med J* 2011;28:397-410.

\* à lire

\*\* à lire absolument