

Michel Delbrouck (éd.)

Le burn-out du soignant

Le syndrome
d'épuisement professionnel

Préface de Jacques Frenette
Avant-propos de Silla Consoli



Illustration de couverture :
© Photo Th. Strickaert

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre
domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboeck.com

© De Boeck & Larcier s.a., 2003
Éditions De Boeck Université
Rue des Minimes 39, B-1000 Bruxelles

1^{re} édition

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Imprimé en Belgique

Dépôt légal :
Bibliothèque Nationale, Paris : septembre 2003
Bibliothèque Royale Albert 1^{er}, Bruxelles : 2003/0074/206

ISSN 0777-527X
ISBN 2-8041-4373-2

- *les médecins dont le conjoint se trouve dans la même situation (indépendant avec des horaires de travail irréguliers) sont plus épuisés émotionnellement*
- *les généralistes isolés sans enfant font partie des groupes à risque*
- *la pratique à deux semble être une meilleure arme contre le burn-out que la pratique de groupe ou en solo*
- *de nombreuses remarques négatives de la famille et des amis sur la disponibilité augmentent les risques de burn-out.*

Bibliographie

1. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160 : 3209-3214
2. *Le Journal du médecin*, 1996, 929 : 8,19-26

*Enquête auprès des organismes et institutions de soins
« Le médecin dans les organismes et les institutions : quelle forme
d'épuisement ? »*

Guy NOTELAERS, Caroline HOEDEMAKERS, André du BUS

Ces trois chercheurs de l'Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail⁶ (INRCT), géré par le Ministre de l'Emploi et du Travail Belge, ont fait une enquête sur le stress au travail au sein du personnel médical de plusieurs organismes et institutions de santé publique, dans le cadre de la législation sur le bien-être au travail et au départ d'une circulaire CCT 72⁷ portant sur la gestion de la prévention du stress au travail. Ils ont donc intégrés des directives gouvernementales au sein de populations de travailleurs de santé.

Un examen de la banque de données constituée au départ de ces enquêtes a permis de relever le profil de 84 médecins travaillant dans ces organismes et institutions. Deux types de comparaison des résultats ont été menés : une *comparaison externe* avec les autres données issues de la banque de données, et une comparaison interne en fonction des différentes variables spécifiques de la population cible. La *comparaison externe* fournit des résultats relativement homogènes qui relèvent avant tout un manque d'implication des médecins dans leur organisation et

6. L'Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail (INRCT) a été créé en juillet 1991, en application du loi-programme. Il s'agit d'un établissement public (parastatal A) géré par le Ministre de l'Emploi et du Travail Belge
7. CCT 72 : Convention Collective de Travail (AR du 26-06-1999) visant à intégrer la politique anti-stress au niveau des entreprises dans la politique générale de prévention. [www.cocof.be/telecharge/DOCS/sante/santetravail.pdf].

un manque de plaisir au travail. Leur qualité du sommeil apparaît toutefois supérieure aux données de référence. Les résultats de la comparaison interne font apparaître un sous-groupe de médecins qui se situent défavorablement sur l'ensemble des échelles et qui pourraient constituer dès lors une population à risques en termes d'épuisement.

Introduction

Le burn-out auprès des populations médicales et paramédicales a déjà été largement étudié par Schaufeli (1999). Il s'agit ici d'explorer le concept d'épuisement auprès d'une population de médecins à travers les données du questionnaire Vécu du Travail⁸ (van Veldhoven, 1996), données qui sont gérées en Belgique par l'Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail (INRCT).

Issu du groupe « prestataires des soins de santé » au sein de la banque de données, les médecins ayant rempli le questionnaire VT sont au nombre de 84. Les données ont été collectées au cours des années : 1999, 2000 et 2001. Les caractéristiques de cette population sont les suivantes :

- 2/3 néerlandophones et 1/3 francophones
- 50 % de médecins du travail repris dans le personnel de deux Services Externes de Prévention et de Protection du Travail
- 50 % de médecins repris dans le personnel d'instituts de revalidation et d'instituts médico-pédagogiques
- Répartition homogène entre hommes et femmes (respectivement 52 et 48 %).

L'absence de médecins relevant d'hôpitaux s'explique principalement par leur statut d'indépendant qui les écartaient des enquêtes menées au sein de ces institutions.

Pour effectuer cette étude, nous avons répertorié au sein du VT une série d'échelles explorant les manifestations du stress au niveau de l'individu de façon à obtenir des informations à mettre en rapport avec les concepts d'épuisement professionnel et d'épuisement émotionnel⁹.

8. Les qualités psychométriques du questionnaire VT sont accessibles sur le site www.inrct.be.

9. Dans le cadre de la démonstration de sa validité externe, une série de corrélations ont été effectuées entre différentes échelles du VT et les échelles d'autres questionnaires. Schaufeli et Van Dierendonck (2000) rapportent des corrélations de 0,75 (n = 559) et de 0,84 (n = 742) entre l'échelle explorant le besoin de récupération (VT) et l'échelle d'épuisement émotionnel de l'Utrechtse Burnout Schall (UBOS ou MBI-NL).

Il s'agit des échelles : plaisir au travail, implication dans l'organisation, besoin de récupération, rumination, fatigue, qualité du sommeil et réactions émotionnelles.

Sur le plan méthodologique, deux types de comparaison sont proposés : une comparaison externe avec la banque de données et une comparaison interne en fonction des sous-groupes qu'il est possible de constituer et des variables identifiées comme déterminantes. La comparaison externe des résultats s'effectuera d'abord avec l'ensemble du secteur des soins de santé, ensuite avec l'ensemble des universitaires. La comparaison interne mettra en évidence le positionnement des médecins en fonction de leur âge, de leur horaire de travail et le fait d'occuper ou non une fonction dirigeante au sein de leur institution. L'analyse des variances, test T et anova¹⁰, permettra d'identifier les groupes cibles au sein de la population étudiée. Une recherche approfondie par l'analyse des corrélations mettra en évidence les caractéristiques d'un groupe cible spécifique au sein de cette population de médecins.

Notons par ailleurs que la faible taille de la population étudiée, de même que la proportion des médecins du travail rattachés à des Services Externes de Prévention et de Protection du Travail constituent des éléments à prendre en considération dans l'interprétation et la validité à donner aux résultats.

Comparaison externe

Comparaison des résultats avec le secteur des soins de santé

Le secteur des soins de santé rassemble 3187 enquêtes menées auprès d'une population constituée principalement de paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes et aides soignantes). Pour les médecins, la comparaison avec ce secteur fournit des résultats significatifs pour 12 échelles (sur 26), cette comparaison est qualifiée de :

- largement favorable à propos des facteurs liés à l'effort physique et l'incertitude quant à l'avenir
- favorable à propos de l'autonomie dans le travail, des aspects relationnels, du besoin de récupération et de la qualité du sommeil
- défavorable en ce qui concerne le plaisir au travail et l'implication dans l'organisation

10. Termes d'analyse statistique : Anova : analyse de la variance à sens unique (one-way analysis of variance) ; Test T : statistique d'essai.

Ce qui permet de dire que, comparée à la population des soignants et aide soignants du secteur des soins de santé, la population des médecins en institutions ne nourrit aucune crainte quant à la stabilité de son emploi, ne souffre d'aucune forme d'inconfort liée à un effort physique, entretient de meilleures relations aussi bien avec ses collègues qu'avec la hiérarchie et l'ensemble de son environnement professionnel, a moins de difficultés à se détendre et à récupérer au terme de sa journée de travail et bénéficie d'une qualité du sommeil supérieure à la moyenne de la population soignante. A contrario, ces médecins s'investissent moins dans leur milieu de travail, se sentent moins impliqués et liés à leur institution, ils éprouvent moins de plaisir au travail et de ce fait doivent plus souvent vaincre leur propre résistance au travail.

Il est à remarquer que les résultats des échelles portant sur les exigences psychologiques de la tâche (rythme et quantité de travail, charge mentale et charge émotionnelle) ne sont pas significatifs et que l'échelle portant sur le besoin de récupération fournit un résultat globalement favorable au groupe cible.

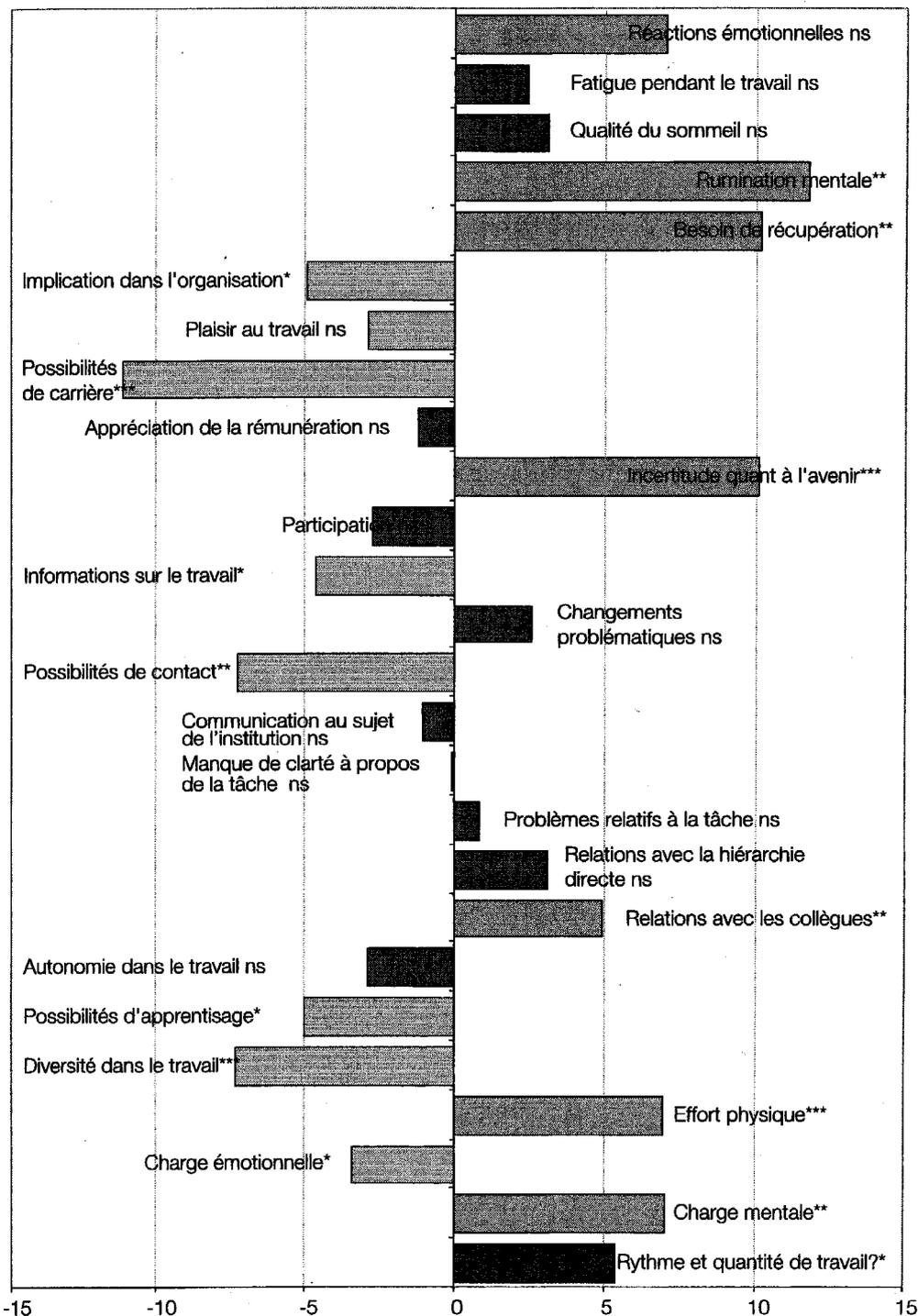
Comparaison des résultats avec les universitaires de la banque de données

Le groupe « universitaires » représente 15,5 % de la banque de données. Il est issu de l'ensemble des secteurs, tant public que privé, industriel, services, transports, recherche... La comparaison des résultats des médecins avec ce groupe donne des résultats significatifs pour 14 échelles sur 26, cette comparaison est qualifiée de :

- **largement favorable** pour le rythme et la quantité de travail, la charge mentale (concentration et attention), l'effort physique, l'incertitude quant à l'avenir, le besoin de récupération et la rumination mentale
- **défavorable** pour la charge émotionnelle suscitée par le travail, les possibilités d'apprentissage, les informations à propos du travail et l'implication dans l'organisation
- **largement défavorable** quant à la diversité dans le travail, les possibilités de contact et les possibilités de carrière.

Bien que ces résultats soient globalement moins en faveur des médecins que les précédents, l'échelle explorant le besoin de récupération présente ici aussi un profil positif. On remarque également un manque d'implication dans l'organisation qui se traduit par ailleurs par un score favorable en termes de rumination mentale. Ce qui signifie que le *groupe cible*, en dehors de ses heures de travail, a *tendance à moins se tracasser*, à *tendance à moins se faire du souci à propos de son travail* que l'ensemble des universitaires repris dans la banque de données. Ces

Tableau 10 – Comparaison des résultats avec l'ensemble des universitaires de la banque de données



Légende : ns = résultats non significatifs ;
Le nombre d'étoiles * est indicatif du degré de fiabilité des résultats.

deux comparaisons laissent à penser que le groupe cible, dans sa globalité et principalement en raison du score favorable de l'échelle « besoin de récupération », *n'est pas sujet à l'épuisement émotionnel*. De part et d'autre, les résultats démontrent également un degré d'implication vis-à-vis de son institution moins élevé. À cela s'ajoute, dans la première comparaison, un manque de plaisir au travail. Dans le second cas, l'échelle manque de plaisir au travail est également négative mais non significative.

Les résultats des échelles portant sur la tension, sur le rythme et la quantité de travail et sur la charge mentale sont, dans le premier cas, positives et non significatives, dans le second cas significatives mais positives (c'est-à-dire en faveur du groupe cible). Ce qui tend à confirmer le fait que la population étudiée dans son ensemble ne soit pas, à priori et dans sa globalité, soumise à un épuisement professionnel. Une étude plus approfondie de ces résultats par l'utilisation des comparaisons internes et des recherches de corrélations viendra tempérer cette affirmation.

Comparaison interne

Une analyse approfondie des résultats est menée en fonction des variables suivantes :

- l'âge : 25-34 ans ; 35-44 ; 45-54 ; > 55 ans
- le fait d'occuper ou non une fonction dirigeante
- l'horaire de travail : 25-40 h./sem.

La distribution de la population en fonction de ces variables est représentée par le tableau 11 :

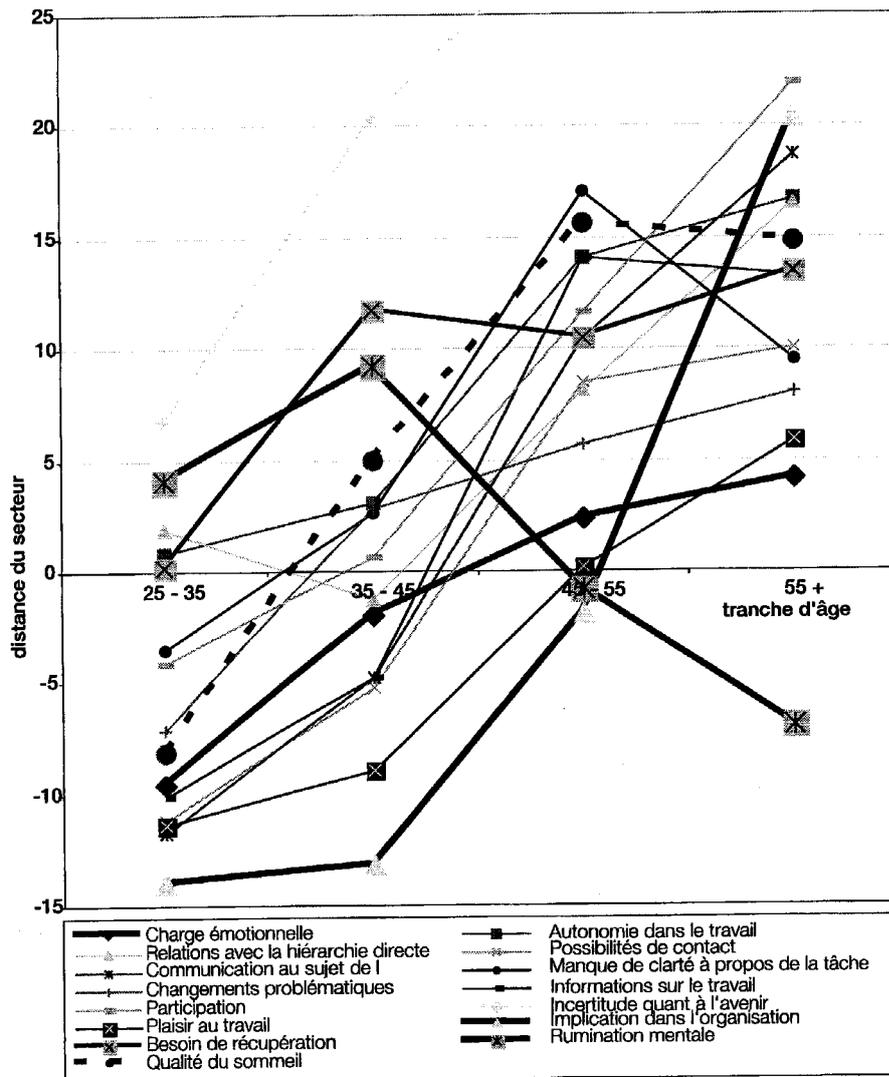
Tableau 11 – Distribution de la population en fonction des variables : âge, fonction, horaire

Tranche d'âge	25-34 ans	19
	35-44 ans	31
	45-54 ans	21
	55 ans et +	11
Fonction	Dirigeante	66
	Non dirigeante	18
Horaire de travail	25-40 h./sem.	67
	Autre	17

Une recherche complémentaire sera établie au départ des échelles liées à l'épuisement : la qualité du sommeil, le besoin de récupération, l'implication dans l'institution et le plaisir au travail.

Comparaison des résultats en fonction de la tranche d'âge

Tableau 12 - Répartition des résultats en fonction de la tranche d'âge



La comparaison des résultats fournit 15 échelles significatives sur 26 et, hormis la rumination mentale, toutes les échelles présentent un profil de croissance proportionnel en fonction de l'âge et en faveur de la

population étudiée. Le 0 représente la moyenne générale du secteur de la santé publique (code NACE 85). L'allure globale de ce graphique présente le profil des jeunes médecins (tant médecins du travail que médecins en institutions), de 25 à 44 ans, comme vivant un début de carrière plus difficile que leur aînés principalement en termes de relations avec la hiérarchie, de plaisir au travail, de communication au sujet de leur organisme, de manque de clarté à propos de leur tâche, de charge émotionnelle et, dans une moindre mesure, de qualité du sommeil. On peut dès lors accepter l'âge comme une variable discriminatoire en défaveur des jeunes médecins.

Recherche des corrélations et identification des profils à risques

Au départ de ce constat et en fonction des résultats également identifiés comme défavorables pour ceux qui d'une part n'occupent pas de fonction dirigeante et ceux qui, d'autre part, bénéficient d'un horaire de travail se situant entre 24 et 40 heures/semaine, une matrice de corrélations a été effectuée. Cette matrice de corrélation met en évidence le risque de burn-out pour le public suivant : les médecins appartenant à la tranche d'âge 35 et 44 ans, qui n'occupent pas de fonction dirigeante et dont l'horaire de travail se situe entre 24 et 40 H/semaine. Il s'agit d'un groupe composé de 17 médecins.

Elle fait apparaître des liens particulièrement intenses entre un nombre important d'échelles et ce, dans un sens défavorable au sous groupe étudié. Les relations entre les échelles qui mesurent l'exigence de la tâche sont plus fortes et les relations entre les échelles de bien-être et de tension sont plus prononcées. Ce qui signifie que l'incidence des petites modifications intervenant dans les échelles portant sur les causes de la charge psychosociale sera particulièrement grande et se traduira à travers les échelles explorant la tension et le bien-être et ce, principalement pour le groupe cible évoqué.

De plus, les corrélations entre les possibilités d'apprentissage, la diversité dans le travail et les exigences de la tâche sont plus fortes. Le même constat est de mise pour les échelles portant sur l'autonomie et les exigences de la tâche. Si l'on étudie les échelles appartenant au registre organisationnel on remarque que les liens entre les possibilités d'apprentissage, l'autonomie, les relations avec la hiérarchie, les problèmes avec l'exécution de la tâche, le manque de clarté et la communication, l'information et les changements problématiques sont également plus forts au sein de ce groupe cible. Ces constats nous amènent à confirmer l'idée selon laquelle les grandes différences que l'on retrouve lorsque l'on étudie les valeurs d'écart par rapport aux valeurs moyennes de l'étude peuvent susciter des effets importants sur les échelles de tension. Le tableau 3 fournit ces valeurs.

Tableau 13 – Comparaison interne : valeur des échelles pour les médecins entre 35 et 44 ans non dirigeants et travaillant entre 24 et 40 h/semaine, par rapport à la moyenne de la population étudiée

Résultats pour les médecins entre 35 et 44 ans, non dirigeants et travaillant entre 24 et 40 heures par semaine	Distance par rapport aux valeurs moyenne des médecins de l'étude
Charge de travail ns	- 6,1
Diversité dans le travail*	- 10,48
Possibilités d'apprentissage*	- 9,68
Autonomie dans le travail*	- 12,87
Relations avec la hiérarchie directe*	- 15,91
Problèmes relatifs à la tâche*	- 7,40
Manque de clarté à propos de la tâche	- 10,1
Communication au sujet de l'entreprise*	- 13,8
Changements ns	- 2,01
Participation*	- 16,25
Possibilités de carrière**	- 14,2
Plaisir au travail*	- 16,8
Implication dans l'organisation**	- 23,7
Besoin de récupération ns	- 3,24
Rumination mentale ns	- 7,9
Qualité du sommeil ns	- 7,9
Fatigue pendant le travail*	- 9,1

Légende : * test t entre .1 et .01
 ** test t entre .01 et .001
 ns : non significatif
 - : défavorable pour le groupe cible
 + : favorable pour le groupe cible

Par ailleurs, l'examen des corrélations met également en évidence des liens plus forts entre le plaisir au travail et la charge de travail, le manque de clarté dans le travail, la communication, les possibilités de contact et l'information. Ces liens sont plus forts au sein du groupe de référence (la totalité des médecins) qu'au sein du sous-groupe des médecins qui ont entre 35 et 44 ans, qui n'occupent pas de fonction dirigeante et qui travaillent maximum 40 heures par semaine. Ces constats nous amènent à formuler l'hypothèse selon laquelle ces derniers sont plus sensibles au stress et à l'épuisement émotionnel.

Conclusions

De façon globale la **population composée des médecins en institutions et des médecins du travail présente un profil d'épuisement professionnel et émotionnel plus favorable que l'ensemble de la population du secteur des soins de santé** (composée majoritairement de paramédicaux et dont sont quasiment absents les médecins travaillant dans les unités de soins) **et plus favorable que l'ensemble de la population des universitaires, tous secteurs confondus**. Un examen approfondi des résultats sur les différentes échelles a toutefois attiré l'attention sur un sous-groupe de cette population qui présente un profil plus à risques. Il s'agit des médecins plus jeunes, n'occupant pas de fonction dirigeante et travaillant dans une fourchette horaire de 24 à 40 heures par semaine. Plusieurs questions sont à poser vis à vis de cette observation. D'abord la taille de ce sous-groupe (17 personnes) reste peu significative et donc mériterait une recherche complémentaire sur une population plus représentative. Quelle est ensuite la portée du fait d'occuper ou non une fonction dirigeante dans une institution ? Enfin, quelles sont les raisons qui poussent ce groupe à opter pour un régime de prestations hebdomadaires qui oscille entre 24 et 40 heures ?

Bibliographie

- MEIJMAN T.F., VRIES-GRIEVER A. de, VRIES, G.M. de, KAMPMAN R., *The construction and evaluation of a one dimensional scale measuring subjective sleep quality*, Groningen, 1985, Rijksuniversiteit.
- MEIJMAN T.F., *Over vermoeidheid*, Amsterdam, 1991, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, Studie centrum Arbeid en Gezondheid.
- MOORS S., *Stress et Travail*, Bruxelles, 1994, Institut National de Recherche sur les Conditions de Travail.
- NOTELAERS G., van VELDOHOVEN, M., *Validering van de Kern-VBBA in Vlaanderen*. Nationaal Onderzoeksinstituut voor Arbeidsomstandigheden, Brussel, 1999.
- NOTELAERS G., van VELDOHOVEN, M., *Interroger le « vécu du travail » : présentation d'un outil spécifique d'analyse de la charge psychosociale de travail*, Bruxelles, 2001, www.inrct.be
- SCHAUFELI, W.B., van DIERENDONCK, D., « *De Utrechtse Burn-out Schaal*. Handleiding. Lisse : Swets & Zeitlinger », Utrecht, Ubos, 1999.
- van VELDOHOVEN, M., « *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress met de Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA): een overzicht* », in SCHAUFELI, W. HELL, J. SCHREURS, P., *Meten van werkstress. Overzicht van methoden, moeilijkheden en mogelijkheden*, Cure & Care development, Diegem, 2000, pp. 97-114.
- van VELDOHOVEN, M., *Psychosociale arbeidsbelasting en werkstress*, Doctoraal Proefschrift, Groningen, 1996, Rijksuniversiteit.

- van VELDOHOVEN, M., MEIJMAN Th., BROERSEN S. en FORTUIN R., Handleiding VBBA, « *Onderzoek naar de beleving van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress met behulp van de VBBA* », Amsterdam, 199, Stichting Kwaliteitsbevordering en Gezondheidszorg.
- WATSON D., PENNEBAKER J.W., « Health complaints, stress, and distress : exploring the central role of negative affectivity », 1989, *Psychological Review*, 96, 234-254.

Références Internet

Institut National de recherche sur les conditions de travail :
www.inrct.be

Université Libre de Bruxelles

<http://www.ulb.ac.be/soco/creatic/pubthem.html>

Méthodes d'évaluation du stress au travail :

<http://www.ulb.ac.be/soco/creatic/chp4astr.html>

Le stress au travail : <http://www.ulb.ac.be/soco/creatic/theorie.html>

Indicateurs de stress au travail :

<http://www.ulb.ac.be/soco/creatic/chp3str.html>

Manuel VT Vécu du travail de Van VELDHOVEN *et al.*, 1997 :

www.nova.inrct.be

Les hypothèses étiologiques actuelles du burn-out

Le burn-out : pathologie de l'idéal professionnel

Du « burn-in » au « burn-out » : à propos de la réponse du berger malheureux à la bergère ingrate

P. JANNE, E. DARRAS, D. TORDEURS,
C. REYNAERT, N. ZDANOWICZ, Y. LIBERT

*There are no things good or bad,
but thinking them makes them so.
Shakespeare, Hamlet*

Les auteurs abordent le risque de banaliser et de faire de l'épuisement professionnel un fourre-tout. Ils proposent de rechercher un diagnostic différentiel et envisagent la place de l'approche systémique et de Robert Neuburger¹¹ comme explication et réponse à ce problème. Ils énoncent le danger de l'effet boomerang du phénomène et invitent à supprimer de nos consciences l'idée du soignant idéal.

11. NEUBURGER Robert : psychanalyste et thérapeute familial, auteur de *L'autre demande, Le mythe familial, L'irrationnel dans le couple et la famille*, Paris, ESF, 1984.