



HAL
open science

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout chez les étudiants en santé

Adeline Auguet

► **To cite this version:**

Adeline Auguet. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout chez les étudiants en santé. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03853792

HAL Id: dumas-03853792

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03853792v1>

Submitted on 15 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Le 9 novembre 2022

PAR

Madame Adeline AUGUET

Née le 10 décembre 1994 à Paris

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**TITRE : LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU
BURNOUT CHEZ LES ÉTUDIANTS EN SANTÉ**

JURY :

Président : P. PICCERELLE

Membres : V. ANDRIEU, N. NAPOLETANO LECLERRE

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Chloé SIMON
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC M. François DEVRED
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pierre REBOUILLON M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE	M. Jérémy MAGALON Mme Carole SIANI Mme Muriel MASI

ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN
---------	-----------------------

A.H.U.

PHARMACOTECHNIE	Mme Mélanie VELIER
-----------------	--------------------

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN M. Romaric LACROIX
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN Mme Sandra GHAYAD
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Amandine BONIFAY
----------------------------	----------------------

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE	Mme Emmanuelle TONNEAU-PFUG
---------------------	-----------------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL M. Quentin ALBERT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER M. Mathieu CERINO
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC M. Pascal PRINDERRE
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN M. Elnur GARAYEV

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ETHIQUE	Mme Laurie PAHUS
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA
DISPOSITIFS MEDICAUX	Mme Valerie MINETTI-GUIDONI

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON M. Vincent NAIL
-----------------------------	------------------------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 13 décembre 2021



LE DOYEN
F. DIGNAT-GEORGE

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier la faculté de pharmacie d'Aix Marseille Université pour ces 6 années. Ces études en santé représentent un grand investissement moral, physique et financier, et bien qu'éprouvantes, elles m'ont passionné et fait grandir.

A la sortie du baccalauréat, je me rends compte avec un certain recul que les lycéens sont très peu armés pour les études supérieures. Et c'est en ce sens qu'il me paraît essentiel d'être accompagné et soutenu durant cette période. C'est pour cela que je tiens à remercier ma famille et mes proches d'avoir toujours cru en moi, et en mes capacités à réussir ces études.

Merci à Madame Nathalie Sylvi, pour avoir su répondre à toutes mes questions.

Je remercie le professeur Caroline SOLAS, mon maître de stage durant mon externat à l'hôpital de la Timone dans le service de toxicologie. Pour avoir su me faire découvrir l'univers hospitalier, et pour avoir su me transmettre avec passion son métier. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

Je tiens à remercier le professeur Philippe PICCERELLE. Vous avez su faire preuve de beaucoup de bienveillance et d'humanité. Veuillez recevoir l'assurance de ma considération distinguée.

Mes sincères remerciements au professeur Véronique ANDRIEU. Merci à vous pour votre implication dans la filière industrie de la faculté de pharmacie d'Aix-Marseille-Université. Merci pour vos enseignements, votre rigueur, votre professionnalisme et votre humilité. Veuillez recevoir l'assurance de mon profond respect.

Je remercie chaleureusement Natacha NAPOLETANO LECLERRE pour son soutien, et pour avoir su m'accompagner durant l'écriture de cette thèse. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans votre précieuse aide.

AVANT-PROPOS

Le choix de ce sujet de thèse n'est pas dépourvu de sens. Littéralement, le syndrome du burnout vient du terme anglais «to burn» qui signifie «brûler» et du suffixe «out», et se traduit par «brûler de l'intérieur». En psychologie, le terme burnout prend la dimension suivante : se consumer jusqu'à épuisement. L'épuisement professionnel a d'abord été découvert par Christina Maslach, professeur de psychologie à l'université de Berkeley, chez le personnel médical. Ce sujet m'a donc permis de faire le lien entre mes passions : La Littérature, la Psychologie et la Santé.

Cet épuisement professionnel, par sa définition, ne devrait toucher que les travailleurs. L'intérêt de ce travail de thèse va être de faire un lien entre le burnout tel que décrit dans les manuels nosographiques, et la population étudiante. Pour faire ce lien, cette thèse se déroulera en quatre parties.

Dans un premier temps, nous verrons l'évolution du concept du burnout, ses définitions, son mécanisme et son étiologie.

Puis, dans la seconde partie, les moyens de prise en charge seront étudiés. Nous verrons comment dépister et évaluer le burnout chez les étudiants, les phases de traitement et le lien entre le burnout et la dépression. Les moyens de prévention seront ensuite abordés.

Dans la troisième partie, nous analyserons l'impact de la crise sanitaire COVID-19 sur l'état de santé psychologique des étudiants, avec les différentes enquêtes qui ont déjà été menées auprès d'étudiants francophones. Dans cette partie, nous verrons également l'étude de plusieurs cas cliniques, établie avec la participation d'étudiants en santé. Cette enquête a été faite à l'aide d'un formulaire construit à partir du Maslach Burnout Inventory, en annexe de ce travail.

Finalement, le Maslach Burnout Inventory est l'instrument d'évaluation le plus souvent employé pour mesurer la sévérité du burnout. Nous verrons les limites de cet outil dans cette dernière partie.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
TABLE DES MATIERES	10
TABLE DES FIGURES	12
ABREVIATIONS	13
PARTIE I : DÉFINITIONS, MÉCANISME ET ÉTIOLOGIE DU BURNOUT	15
<i>A. Définitions</i>	15
a. Évolution du concept de burnout	15
b. Définitions actuelles	16
<i>B. Mécanisme du burnout</i>	17
a. Les 3 dimensions du burnout	17
b. Les symptômes du burnout.....	18
c. Les étapes d’installation du burnout	21
d. Les différentes approches	23
<i>C. Les facteurs qui prédisposent au burnout</i>	26
a. Facteurs liés au type de travail.....	26
b. Facteurs organisationnels et relationnels	30
c. Facteurs liés à l’environnement	32
PARTIE II : PRISE EN CHARGE DU BURNOUT CHEZ LES ÉTUDIANTS	34
<i>A. Dépister et évaluer le burnout chez les étudiants</i>	34
a. Repérer les situations de burnout.....	34
b. Les outils de l’évaluation du niveau d’épuisement professionnel	36
c. Évaluer le syndrome d’épuisement professionnel	38
<i>B. Prise en charge des étudiants en santé atteints de burnout</i>	41
a. Stratégie de prise en charge du burnout.....	41
b. Les différents acteurs dans la prise en charge du burnout chez les étudiants	51
<i>C. Lien entre burnout et dépression</i>	52
<i>D. Prévention du burnout chez les étudiants en santé</i>	56
a. Programme de prévention du stress chez les étudiants en médecine mis en place au Canada.....	56
b. Le programme d'aide de la faculté de médecine de Poitiers.....	61
PARTIE III : L’IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19 SUR L’ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ	62
<i>A. Étude sur la santé mentale des étudiants français pendant la pandémie de Covid-19 menée par l’université de Lorraine et publiée en décembre 2020</i>	62

<i>B. Enquête de L'Observatoire national de la vie étudiante sur les conditions de vie des étudiants pendant la crise sanitaire publiée en septembre 2020.....</i>	<i>66</i>
<i>C. Etude de l'Institut Pasteur et de Santé Publique France portant sur l'évaluation de l'impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes et publiée en janvier 2021</i>	<i>68</i>
<i>D. Enquête Bien-Être, publiée par l'Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France (ANEPF) en février 2020.....</i>	<i>69</i>
<i>E. Étude de cas cliniques</i>	<i>72</i>
PARTIE IV : DISCUSSION	73
<i>A. Rapport de l'Académie nationale de médecine de 2016</i>	<i>73</i>
<i>B. Méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI.....</i>	<i>74</i>
<i>C. Revues de la littérature évaluant la cohérence entre les résultats du MBI et les symptômes/ difficultés psychosociales des patients en burnout</i>	<i>74</i>
CONCLUSION.....	76
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXES	81

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Les 3 dimensions du syndrome d'épuisement professionnel	18
Figure 2 : Les 3 volets formant le syndrome d'épuisement professionnel	22
Figure 3 : Evaluation du burnout, Delbrouck (2011)	39
Figure 4 : Schéma récapitulatif des étapes du burnout, Delbrouck (2011)	40
Figure 5: Bilan du burn-out, Delbrouck (2011)	40
Figure 6: Les 10 phases du traitement du burn-out dans le temps et place du coach, du médecin et du psychothérapeute, Delbrouck (2011)	50
Figure 7 : Prévalence de la dépression majeure selon différentes échelles de dépression parmi les patients en burnout engagé ou en burnout non engagé suivant le MBI-TOT (25)	53
Figure 8 : Prévalence de la dépression majeure selon différentes échelles de dépression parmi les patients en burnout engagé ou en burnout non engagé suivant le MBI-STA (25)	53
Figure 9 La prévention du stress chez les étudiants en médecine, Delbrouck (2003)	57
Figure 10 : Résultats de l'étude sur la santé mentale des étudiants français pendant la pandémie de Covid-19 (39).....	65
Figure 11 : Résultats du formulaire.....	72
Figure 12 : Revues de la littérature évaluant la cohérence entre les résultats du MBI et les symptômes des patients en burnout - International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2021) (27).....	75

ABREVIATIONS

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANEPF : l'Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France

BDI-13 : Baker Depression Inventory-13

BM : Burnout Measure

BO : Burnout

CBI : Copenhaguen Burnout Inventory

CNA : Centres Nationaux D'appui

DGT : Direction Générale du Travail

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5^{ème} révision

EE : Épuisement émotionnel

EHESP : École des Hautes Etudes En Santé Publique

EP : Épuisement professionnel

GAD : Generalized Anxiety Disorder

GHQ : General Health Questionnaire

HAD(S) : Hospital Anxiety and Depression (Scale)

HAS : Haute Autorité de Santé

ICD : International Classification of Diseases

IES-R : Impact of Event Scale- Revised

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

MBI : Maslach Burnout Inventory

MBI-ES : MBI-Educators Survey

MBI-GS : Le MBI-General Survey

MBI-HSS : MBI-Human Service Survey

MBI-SS : Le MBI-Student Survey

OLBI : Oldenburg Burnout Inventory

OMS : Organisation mondiale de la santé

OVE : Observatoire national de la Vie Etudiante

PHQ : Patient Health Questionnaire

QVT : Qualité de Vie au Travail

RPS : Risques psychosociaux

SEP : Syndrome d'épuisement professionnel

SIUMPPS : Service Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SMBM : Shirom Melamed Burnout Measure

PARTIE I : DÉFINITIONS, MÉCANISME ET ÉTIOLOGIE DU BURNOUT

A. Définitions

a. Évolution du concept de burnout

Le burnout, en tant que phénomène, a été décrit pour la première fois en 1974 par le psychologue Herbert Freudenberger. Il est l'un des premiers à conceptualiser le burn-out, et évoque le « staff burn-out » pour définir l'épuisement professionnel caractérisant les métiers du social et du médical. (1) Il définit le burnout comme un **état d'épuisement physique et mental** lié aux activités de soins, et qui découle d'une exposition chronique à des **facteurs de stress** interpersonnels au travail. (2)

Puis Christina Maslach et Michael Leiter étudient ce phénomène. Selon ces derniers, le « burn-out est l'indice de la séparation entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il révèle une usure des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté. C'est une maladie qui se propage graduellement et de façon continue au fil du temps, entraînant les individus dans une spirale descendante dont il est difficile de sortir. ». L'usure de la personne et la notion de valeurs sont importantes dans le burn-out. (3) C. Maslach a également décrit le lien direct entre le burn-out et le travail, sortant ainsi du facteur individuel pur, et donc de l'idée que seuls les individus ayant une problématique individuelle seraient touchés, ce que corroborent d'ailleurs les témoignages divers et variés sur le burn-out. (4)

C'est en s'appuyant sur les travaux de C. Maslach, que le docteur Patrick Légeron propose la lecture suivante : « le burn-out désigne un état psychologique, émotionnel et physiologique résultant de l'accumulation de stressseurs professionnels variés », soulignant que c'est le caractère répétitif et persistant de ces stressseurs qui va faire le lit du burnout. (5) Tout ce qui provoque la production d'hormones du stress est par définition un stressseur. Il existe deux catégories de stressseurs qui sont les stressseurs physiques et psychologiques. Les stressseurs psychologiques sont des événements, des situations, des individus, des commentaires négatifs ou dangereux, ou tout ce que nous interprétons comme négatif ou dangereux (ex: devoir faire une présentation orale pour un étudiant alors qu'il perçoit la situation comme une évaluation qui déterminera son aptitude à poursuivre ou non ses études). (6)

b. Définitions actuelles

Le burn-out est inclus dans la 11^{ème} révision de la classification internationale des maladies ICD-11, (International Classification of Diseases), en tant que **phénomène professionnel**. Il n'est pas classé comme une condition médicale. *L'Organisation Mondiale de la Santé l'a appelé "un état d'épuisement vital"*.

Il est défini dans la ICD-11 comme suit :

« Le burn-out est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès. Le burn-out se réfère spécifiquement à des phénomènes dans le contexte professionnel et ne devrait pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. »

Le burn-out a également été inclus dans la dixième révision de sa classification internationale des maladies (International Classification of Diseases), ICD-10, dans la même catégorie que dans la ICD-11, mais la définition est maintenant plus détaillée. (7)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais burnout, se traduit par un « **épuisement physique, émotionnel et mental** qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail **exigeantes sur le plan émotionnel** ». (8)

B. Mécanisme du burnout

a. Les 3 dimensions du burnout

Le docteur Christina Maslach désigne le burnout comme un **état psychologique, émotionnel et physiologique** résultant de l'accumulation de **stresseurs** professionnels variés, soulignant que c'est le caractère répétitif et persistant de ces stresseurs qui va faire le lit du burnout. Selon elle le burnout est un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress chroniques dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante. C'est un indice de séparation entre ce que les gens font et ce qu'ils doivent faire. Il relève une usure des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté. (8)

Les travaux de Christina Maslach ont permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions :

- **L'épuisement émotionnel** : sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles ;
- **La dépersonnalisation** : cynisme vis-à-vis du travail, déshumanisation de la relation à l'autre, vision négative des autres et du travail, insensibilité au monde environnant,
- **La diminution de l'accomplissement personnel** : sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes de l'entourage, dépréciation de ses résultats au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle. (4)

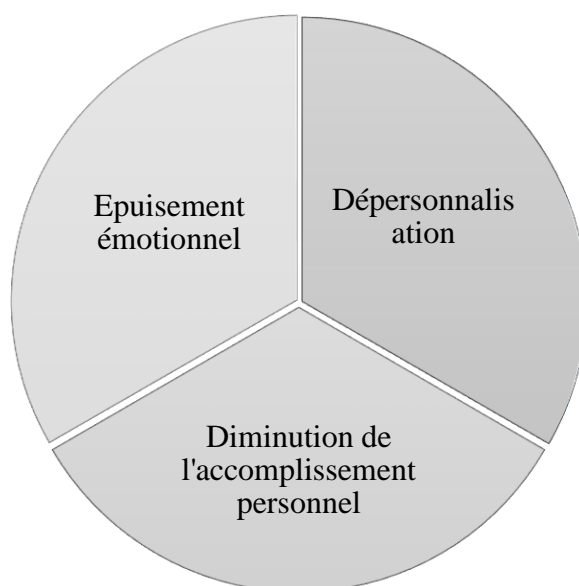


Figure 1: Les 3 dimensions du syndrome d'épuisement professionnel

(Maslach & Jackson, 1982)

b. Les symptômes du burnout

Leur nombre et leurs aspects aspécifiques nous amèneront à parler de **manifestations**, plus que de symptômes. Ainsi, il convient de s'interroger sur les manifestations, en gardant à l'esprit que ce syndrome est absent des manuels de diagnostic nosographique tels que le DMS-IV ou l'ICD-10.

De nombreux symptômes peuvent se manifester chez la personne atteinte de burnout, qui peuvent être d'ordre **physique** et **psychique**.

Les **manifestations physiques** se caractérisent en premier lieu par **l'épuisement physique** et **la fatigue**.

Les symptômes majeurs de cette manifestation physique sont les **troubles du sommeil**, marqués par des réveils nocturnes, ou précoces, et des difficultés d'endormissement. Puis des troubles **musculosquelettiques**, tels que des maux de dos, des douleurs musculaires, se manifesteront.

Des **manifestations cardiovasculaires**, telles que des palpitations, des douleurs dans la poitrine, des poussées d'hypertension, surviennent ensuite. Des **troubles digestifs** comme la perte d'appétit, des épisodes boulimiques, une digestion difficile, des douleurs dans l'abdomen, se déclareront également. La **sphère neurologique et hormonale**, avec des migraines, des pertes d'équilibre, des vertiges, des tremblements, une baisse d'énergie et des déséquilibres hormonaux, est également touchée.

Enfin nous pouvons observer l'installation de **maladies organiques** comme les ulcères d'estomac, l'hypertension artérielle sévère, les problèmes cardiaques majeurs, ou encore l'hyperthyroïdie.

Ces symptômes et maladies physiques sont souvent des signes prémonitoires du burn-out, et doivent être mis en exergue pour une prise de conscience de l'épuisement professionnel. (9)

Les **manifestations psychiques** se caractérisent par un épuisement d'ordre émotionnel qui peut prendre divers aspects.

Les **manifestations émotionnelles** sont marquées par une fatigue psychique, une sensation de vide, **d'épuisement des ressources émotionnelles**. Une sensation de perte de contrôle peut apparaître. En perdant une partie de son contrôle émotionnel, l'individu peut ressentir de **l'anxiété** ou encore une **tension nerveuse**. Les symptômes dysphoriques du burn-out peuvent également se caractériser par une humeur triste, voire dépressive. Ainsi, les individus souffrant d'un burn-out peuvent être irritables, tendus, hypersensibles. La réduction du contrôle émotionnel peut enfin laisser apparaître des crises de colère.

Les **manifestations cognitives** vont également toucher les capacités de traitement de l'information dont dispose l'individu. Il lui est alors possible de noter une **diminution de la concentration**, particulièrement sur les longues périodes. Il est difficile de réaliser plusieurs tâches à la fois, ou de réaliser des tâches mettant en jeu des capacités de traitement d'information plus importantes. L'information va être traitée de manière moins systématique, le raisonnement sera plus rigide. L'individu en proie à un burn-out aura du mal à nuancer ses pensées. Il peut également commettre des erreurs mineures, des fautes, des oublis. Enfin, il pourra présenter des **difficultés dans la prise de décisions et d'initiatives**.

Les **manifestations comportementales** vont également apparaître chez l'individu. Au niveau interpersonnel, on observe un repli sur soi qui s'accompagne d'un **isolement social**, ou des

comportements agressifs favorisés par une diminution de la tolérance à la frustration. Dans les deux cas, certainement en réponse à l'épuisement émotionnel inhérent au burn-out, les capacités d'empathie se réduisent. Au niveau interpersonnel, autrui est traité comme un objet. Les problèmes des autres touchent moins l'individu. L'individu en proie au burn-out peut alors blâmer autrui pour ses difficultés, ses problèmes ou encore, la situation délicate dans laquelle autrui est. Envers les autres personnes avec lesquelles ils sont en contact dans leur travail, ils peuvent éprouver du ressentiment ou de l'hostilité. Un comportement **d'hyperactivité** et **d'agitation inutile** peut être observé. De plus, le burn-out, de par la baisse des ressources et du contrôle émotionnel qu'il engendre, pourra entraîner des **comportements impulsifs**, sans considérer les comportements et solutions alternatives. Les **comportements d'addiction** peuvent apparaître : tabac, alcool, tranquillisants, drogues illicites, dans l'objectif de **réduire la tension**. On trouvera également des comportements à risque au quotidien ou dans les loisirs augmentant les probabilités d'accident. Au contraire, certains **abandonnent leurs activités sociales et leurs loisirs**, car ils sont surinvestis dans leur travail, trop épuisés ou encore souhaitent rester seuls.

Les **manifestations motivationnelles** chez les individus présentant un burn-out se concrétisent par un **moindre engagement** envers leur travail et les personnes avec qui ils sont en contact dans ce cadre. Se sentant déprécié par ses collègues et l'organisation, l'individu se désengage. Cette baisse de motivation va s'accompagner d'une **baisse de moral**, une **perte d'intérêt pour son travail** et de l'idéalisme qui peut lui être associé. L'individu est découragé, déçu, résigné dans son travail. Il est possible de noter une certaine résistance pour se rendre au travail, le sujet ne prend **plus d'initiative**. On peut également observer une certaine **procrastination**. La diminution du sentiment d'avoir un contrôle possible dans la situation peut amener les individus touchés par un burnout à s'évaluer comme étant incapables de changer les choses, leur situation de travail. Ce manque de contrôle possible donne le sentiment d'être pris au piège. Ce sentiment d'échec et d'insuffisance, le doute sur ses propres compétences, peuvent conduire à une **faible estime ou valeur de soi**. Ainsi, l'individu s'interroge sur lui-même et pense qu'il ne peut plus faire son travail comme avant, il n'est plus aussi performant. À ce stade, certaines pensées suicidaires peuvent apparaître. (10)

c. Les étapes d'installation du burnout

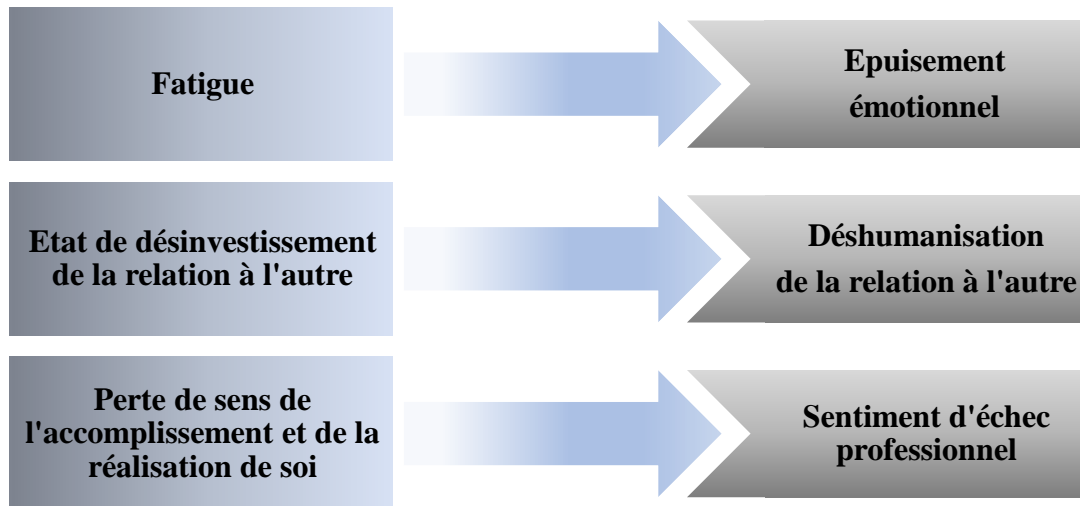
La survenue d'un burnout chez l'étudiant va se faire **de façon progressive**. Ce phénomène de burnout est un processus à **trois composantes principales**.

Au départ, l'épuisement professionnel se traduit par un état de fatigue mentale caractérisé par un **manque d'énergie émotionnelle**, qui affecte la vitalité physique de l'individu. Trop engagé dans ses activités scolaires et/ou professionnelles, il épuise progressivement son capital énergétique. A ce titre, l'étudiant puisera continuellement dans ses ressources personnelles la force nécessaire à l'accomplissement de ses tâches. Comme ses ressources ne sont pas infinies, elles finiront par s'épuiser. Il va se sentir "vidé". Ce manque d'énergie est d'autant plus préjudiciable que l'individu estime qu'il n'y a aucun moyen de « recharger sa batterie ». L'idée de devoir affronter une autre journée de travail dans cette situation est insoutenable. Cette composante **d'épuisement émotionnel** représente la dimension « stress » du burnout.

La deuxième étape du burnout conduit à un état de **dépersonnalisation** caractérisé par l'attitude négative et détachée de l'individu envers ceux avec qui il interagit dans son contexte professionnel. En créant une barrière émotionnelle entre lui, les gens qui l'entourent, et les situations qui peuvent lui demander un besoin d'énergie trop grand, l'individu construit spontanément un mécanisme de défense personnel qui lui permet de garder sa force. Ce détachement excessif s'accompagne souvent d'une perte d'idéalisme. La composante de **dépersonnalisation** correspond à la dimension « interpersonnelle » du phénomène de burnout.

Enfin, la troisième et dernière étape de l'épuisement implique une **diminution des sentiments d'accomplissement et de réalisation de soi**. À ce stade, l'individu aura une vision particulièrement négative et dégradante de la plupart de ses réalisations personnelles et professionnelles. Il se sent démotivé et a une mauvaise estime de soi. La perte de confiance causée par cette attitude est associée à une dépression sévère et à une incapacité à remplir ses

obligations. Cette composante de **perte de sens de l'accomplissement** représente une dimension « auto-évaluée » de l'épuisement professionnel. (11)



*Figure 2 : Les 3 volets formant le syndrome d'épuisement professionnel
(Maslach & Jackson, 1982)*

d. Les différentes approches

Approche par la théorie du stress

Le mot « **stress** » est défini historiquement dans les années 1930 par le chercheur canadien en physiologie animale Hans Selye comme la réaction de l'organisme à toute situation difficile, contraignante ou menaçante, et n'est pas initialement un phénomène nocif. C'est un **processus d'adaptation** à l'environnement qui s'inscrit dans l'ensemble des grandes fonctions de l'organisme, dont la finalité est toujours sa survie. Le stress serait donc tout aussi nécessaire à l'individu que la digestion, la respiration, l'immunité ou la reproduction.

Cette réaction est sous le contrôle de notre cerveau, et plus particulièrement de notre cerveau des émotions appelé aussi « limbique ». Ce dernier est un véritable chef d'orchestre de toutes les manifestations du stress et en particulier de la libération par nos glandes surrénales de l'adrénaline et du cortisol. Ces hormones de stress sont des substances chimiques puissantes qui modifient profondément l'état de notre corps mais agissent aussi sur nos comportements, pour nous aider à mieux faire face à la situation d'adversité que nous affrontons. L'idée d'un « bon » stress est née, celui qui favorise notre adaptation à l'environnement. (12)

Le titre de l'un des premiers rapports internationaux sur le stress au travail publié en 1999 par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail s'intitulait « Stress, piment de la vie ou baiser de la mort », soulignant les deux facettes de ce phénomène. En effet, pour paraphraser un slogan sanitaire célèbre, le stress est à consommer avec modération. Lorsqu'il se répète et devient chronique, ses effets délétères apparaissent vite, dus à la suractivation non seulement des réponses biologiques et physiologiques, mais aussi psychologiques et émotionnelles. La phase ultime du stress en est l'épuisement de l'organisme, tant physique que psychologique, le burn-out, telle que la nommait déjà Hans Selye en 1936. (13)

Si ces dérèglements liés au stress ont été identifiés très tôt, il ne fait pas de doute que Christina Maslach fait figure de pionnière dans l'étude de cette forme particulière d'épuisement survenant en milieu professionnel. Le concept même de « burn-out » (ou plus exactement d'« *occupational burnout* » si l'on se réfère spécifiquement à son expression au travail) est intimement lié à son nom et à ses travaux. Il désigne un état psychologique, émotionnel et physiologique résultant de l'accumulation de stressseurs professionnels variés. Contrairement à

une réaction banale de stress qui va être ponctuelle et immédiate, le burn-out trouve ses racines dans le temps, c'est-à-dire qu'il se manifeste en réponse à une quantité de stressors qui se répètent continuellement et s'inscrivent dans la durée. Il est donc plus juste de voir le burn-out comme une sorte d'aboutissement, de conséquences de réactions de stress quotidien qui finissent par user et épuiser l'individu. Se manifestent alors des symptômes physiologiques et psychologiques spécifiques, plus ou moins intenses, qui deviennent particulièrement dérangeants et handicapants pour son fonctionnement personnel et celui dans lequel il évolue.

Approche psychiatrique

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologiques, psychogénétiques, ontogénétiques des maladies mentales. Le travail est envisagé comme un révélateur de la pathologie de la personne.

Si dans cette approche, le travail peut être source du trouble d'adaptation, il peut devenir un moyen thérapeutique qui va permettre la réadaptation de la personne malade par le biais de la revalorisation et la récupération de l'estime de soi. L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation sociale est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux.

Le travail peut révéler une maladie mentale ou être à l'origine des troubles d'adaptation. Mais le travail est aussi un outil thérapeutique en psychiatrie qui permet : la réinsertion dans la société, le rétablissement des patients par la réévaluation et le renforcement de l'estime de soi. Dans les hôpitaux psychiatriques, l'ergothérapie joue un rôle important dans le traitement de nombreuses maladies mentales. Ce travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de douleur, il peut être source d'équilibre.

Même si cet état ne relève pas de la psychiatrie dans le cadre de l'épuisement professionnel, ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses, soit par des décompensations psychotiques. (11)

Approche individuelle

La résistance psychologique (**Psychological hardiness**), également appelée résistance de la personnalité ou résistance cognitive dans la littérature, est un style de personnalité introduit pour la première fois par Suzanne C. Kobasa en 1979.

Kobasa a décrit un modèle de caractéristiques de personnalité qui distingue les gestionnaires et les cadres qui sont restés en bonne santé malgré le stress de la vie, par rapport à ceux qui ont développé des problèmes de santé. Dans les années suivantes, le concept de résistance a été développé dans un livre et une série de rapports de recherche par Salvatore Maddi, Kobasa et leurs étudiants diplômés de l'Université de Chicago. (14)

Au début de la recherche sur la résistance, celle-ci était souvent définie comme une structure de personnalité qui comprenait les trois composantes générales liées d'engagement, de contrôle et de défi qui agissent comme une ressource de résistance face à des conditions stressantes. La composante à l'engagement est définie comme une tendance à s'engager dans des activités de la vie et à avoir un véritable intérêt et une curiosité pour le monde qui les entoure. La composante au contrôle est définie comme une tendance à croire et à agir comme si une personne pouvait influencer les événements qui se déroulent autour d'elle par ses propres efforts. Enfin, la composante au défi est définie comme la croyance que le changement plutôt que la stabilité est le mode de vie normal et constitue une opportunité motivante pour la croissance personnelle plutôt qu'une menace pour la sécurité.

La résistance cognitive est souvent considérée comme un facteur important de la **résilience psychologique**, ou une voie au niveau individuel menant à des résultats résilients. La manière dont la résistance confère la résilience est une combinaison de mécanismes cognitifs, comportementaux et de processus biophysiques. (15)

Depuis 1979, un corpus de recherches assez étendues s'est rassemblé pour soutenir l'idée que la résistance a des **effets bénéfiques** et atténue les effets néfastes du stress sur la santé et les performances. L'effet tampon a été démontré dans une grande variété de groupes professionnels tels que les militaires, les pompiers, les enseignants, le personnel universitaire, ainsi que chez les non professionnels : les étudiants. (16)

C. Les facteurs qui prédisposent au burnout

On retrouve parmi les causes du burnout des facteurs de stress. Différentes études ont spécifiquement permis de souligner le rôle des facteurs suivants :

- Surcharge de travail,
- Pression temporelle,
- Faible contrôle sur son travail,
- Faibles récompenses,
- Manque de clarté dans les objectifs,
- Manque de moyens de prévention.

L'effet de ces facteurs de risque peut se combiner, pour certaines professions de relations d'aide (infirmières, médecins, travailleurs sociaux, enseignants, etc.), à la charge émotionnelle inhérente à ces professions. (9)

a. Facteurs liés au type de travail

Les **risques psychosociaux (RPS)** correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- **Du stress** : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- **Des violences internes commises au sein de l'organisation** : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- **Des violences externes** commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...).

Ce sont des risques qui peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail.

L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé, notamment en termes de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculosquelettiques, de troubles anxio-dépressifs, d'épuisement professionnel, voire de suicide.

Les risques psychosociaux sont souvent imbriqués. Ils ont des **origines communes** (surcharge de travail, manque de clarté dans le partage des tâches, intensification du travail, mode de management, etc.). Ces risques peuvent interagir entre eux : ainsi le stress au travail peut favoriser l'apparition de violences entre les salariés qui, à leur tour, augmentent le stress dans l'entreprise.

Ils ont également des spécificités (en termes de facteurs de risque, de réglementation) qu'il convient de prendre en compte dans un objectif de prévention.

Comme l'impose la réglementation, les risques psychosociaux doivent être pris en compte au même titre que les autres risques professionnels. Il est nécessaire de les **évaluer**, de planifier des **mesures de prévention** adaptées et de donner la priorité aux mesures collectives susceptibles d'éviter les risques le plus en amont possible.

Pour prévenir les risques psychosociaux, une démarche de **prévention collective**, centrée sur le travail et son organisation est à privilégier. Elle vise une situation de travail globale et s'intéresse aux principaux facteurs de risques connus.

A côté de cette obligation de prévention, d'autres pratiques se développent dans les entreprises. Elles cherchent à développer le bien-être ou la **qualité de vie au travail (QVT)**. Si l'absence de risques psychosociaux est une condition nécessaire au bien-être ou à la QVT, la mise en œuvre de ces pratiques en entreprise relève d'autres enjeux (performance de l'entreprise, égalité hommes/femmes, conciliation des temps de vie, démocratie sociale dans l'entreprise, etc.).

- La charge de travail

Le volume de travail est lié à plusieurs facteurs. Un travail administratif vient s'ajouter à des tâches quotidiennes à effectuer déjà conséquentes. Le fait de devoir rédiger des comptes rendus, des rapports ou des justificatifs en plus de la charge de travail courante accentuent ce phénomène. A l'inverse un manque de travail et l'ennui entraînent également un syndrome d'épuisement, aussi connu sous le nom de bore-out. La surcharge de travail s'explique par l'impossibilité d'effectuer toutes les tâches dans un temps imparti. Les conséquences vont être de rester plus tard au bureau, de ramener du travail le soir et le week-end à la maison. En plus d'avoir des plages horaires plus longues, vient s'ajouter le contrôle du travail effectué par des supérieurs hiérarchiques. Dans le milieu médical, des justificatifs de prescriptions de

médicaments génériques, le nombre d'examens médicaux effectués, sont demandés et contrôlés par les institutions (la sécurité sociale ou le ministère de la santé).

- Manque de reconnaissance et de soutien

Les changements de société modifient les statuts sociaux et le prestige de certaines professions au profit d'autres (perte de prestige du médecin, de l'instituteur, de l'enseignant, du notaire etc.). Il s'ensuit un manque de sécurité et de reconnaissance du travail accompli, qui réduit sérieusement les critères de motivation au travail. Ces situations sociales et économiques altèrent le continuum et le sentiment de pérennité de la profession. Il s'ensuit aussi un manque de perspectives professionnelles et d'avenir dans la carrière, qui ajouté aux faibles rémunérations insécurisent et épuisent la personne. Ce conflit entre le besoin de reconnaissance et l'absence de gratitude au travail amène progressivement à l'état de burn-out.

- Facteurs liés au rythme de travail

Le mode d'utilisation du temps et du rythme de travail actuel nous rend incapables de penser à long terme. « L'urgent prime désormais sur l'important ». Selon Jean-Louis Servan-Schreiber, « c'est le fait que l'horizon d'action d'un individu se rapproche jusqu'à atteindre le bout de ses pieds. Nous perdons notre capacité d'anticiper, car nous n'avons plus le temps de penser l'avenir. Nous sommes polarisés sur la performance de la vitesse, la prégnance de l'instant, la force du présent au point de ne plus voir au-delà. Nous consacrons à la réflexion à long terme un temps minuscule faute de disponibilité et de concentration. La vitesse, c'est nous qui l'avons inventée, puis adorée. Mais ce boomerang est en train de nous rattraper. La vitesse continue de nous griser, au point de nous rendre aveugle sur les abîmes où elle nous entraîne. La plupart d'entre nous fonctionnent par mini-activités qui se succèdent, s'entrecroisent et se chevauchent. A part d'occasionnelles et bien longues réunions, l'unité de tâche courante est constituée d'appels téléphoniques, de rédaction de mail, de lecture de courts textes ou de brefs échanges de couloirs. ». D'autre part, il a été prouvé que le travail à pauses ou à horaires décalés, de même que le travail de nuit entraînait des perturbations physiques et psychiques chez les travailleurs. Repérer sa chronobiologie, son propre rythme de travail et pouvoir l'ajuster avec son entreprise serait un plus.

- Facteurs liés aux aspects psychologiques

Les résultats d'études rétrospectives d'une population de 12 000 soignants dans 12 pays européens, étalés sur plusieurs années, mettent bien en évidence l'importance des aspects psychologiques dans l'environnement professionnel. Ces études européennes NEXT (*Nurses Early Exit Study*) et PRESS NEXT (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au travail) apportent quelques résultats marquants. Nous les reprenons ci-dessous et proposons une extension de ces constats à d'autres secteurs professionnels :

- Manque de temps de transmissibilité de l'information entre équipes ou secteurs d'activité.
- Manque d'échange d'informations avec le médecin ou le supérieur.
- Absence de personnel.
- Ordres contradictoires entre médecins ou responsables.
- Absence de coordination entre les soignants/ employés/ cadres.
- Manque de communication avec les supérieurs.
- Conflits au travail.
- Manque d'information sur l'état des patients à transmettre à la famille, rétention d'information dans les équipes.
- Manque de traitements antidouleurs pour les patients en fin de vie, manque de moyens efficaces mis à disposition.
- Normes de sécurité insuffisantes (psychiatrie et urgences), absence de prévention des accidents du travail. (17)

- Facteurs liés aux facteurs de stress psychosociaux

L'influence des facteurs de stress et des facteurs de stress psychosociaux de même que celle du type de personnalité restent prépondérantes sur la réponse de l'individu et de son organisme.

b. Facteurs organisationnels et relationnels

Dans une situation de travail, si le responsable à tous les niveaux d'intervention établit des consignes claires, des ordres précis, définit clairement les tâches et leurs limites d'application, les ouvriers et employés seront dans une clarté et une sécurité intérieure qui réduisent considérablement les facteurs de stress et donc de burn-out. Cette attitude va par ailleurs engendrer, chez tous les subordonnés, l'application du même style de conduite responsable.

La structure performante de l'organisation professionnelle (entreprise, institution, hôpital, équipe de travail, groupe d'indépendants) reste un élément majeur de prévention du burn-out. Le rôle de chacun des intervenants du système doit être bien établi au risque de développer des conflits et des ambiguïtés abordées ci-après.

- L'ambiguïté des rôles

Une tâche mal définie à accomplir peut entraîner de la confusion, de l'inconfort et du stress. Cette ambiguïté peut entraîner des conflits entre les personnes, des erreurs dans l'exécution des tâches, des oublis, des réalisations imparfaites et des déresponsabilisations. Un leadership opérationnel insuffisant ou une rotation des équipes de direction peut conduire à des situations où ces rôles sont flous.

- Le conflit des rôles

Les conflits au travail proviennent souvent de l'imprécision des limites organisationnelles et des rôles à tenir par chacun des protagonistes. Les demandes des uns et les attentes des autres

apparaissent contradictoires ou mêmes incompatibles et peuvent parfois provenir de plusieurs sources.

- La nature des relations émotionnelles et sociales

Là encore, les chevauchements entre les rôles, les générations, les responsabilités et le manque de clarté vont entraîner de la confusion dans les responsabilités et les limites d'intervention de chacun. Les relations privées sont-elles mêlées aux tâches professionnelles (relations familiales, incestuelles, intimes, sexuelles, affectives entre les personnes de niveaux hiérarchiques différents) ? Bien que les entreprises familiales puissent être très efficaces et performantes, la présence trop importante d'implications autres que strictement professionnelles entraîne souvent des difficultés supplémentaires qui viennent alourdir et compliquer la bonne gestion des tâches et des rôles. Les leaderships affectifs et familiaux sont mêlés sinon parfois opposés aux fonctions officielles du leader.

- La structure de l'organisation

Le mauvais climat de travail, le manque de participation lors des prises de décision et la communication à la fois verticale et horizontale sont des facteurs qui peuvent engendrer de grandes insatisfactions au travail.

- Les difficultés dans les relations

L'incompatibilité d'humeur entre deux personnes, la différence d'éducation ou de milieu social ou économique, les débordements d'affects, les réactions transférentielles ou contre-transférentielles, les personnalités difficiles rendent les interactions professionnelles plus difficiles.

- Le harcèlement moral ou professionnel

Selon Marie Pezé, la nature perverse des uns rencontre la fragilité psychique des autres. La personne harcelée a été confrontée aux techniques de management pathogènes, qui vont des **techniques relationnelles** (refus de dire bonjour, ton verbal haut et méprisant, critique du

travail et de l'apparence physique, remarques sexistes) aux **techniques persécutives** (contrôle des communications téléphoniques, de la durée des pauses et des absences, contrôle des conversations avec les collègues, contrôle sans rationalité), ainsi qu'aux **techniques d'injonctions paradoxales** (ordres contredits, énoncé des tâches confus, demandes aléatoires, incertitudes dans les relations). Toutes ces techniques perverses visent à maintenir l'emprise sur la personne visée. Cela peut aller jusqu'à la perte d'identité personnelle avec l'échange du bureau individuel pour des espaces collectifs sans plus aucun repère personnel, la disparition physique du bureau, l'absence de tâches, l'isolement, etc.(18)

c. Facteurs liés à l'environnement

Le burn-out pourrait mettre en évidence d'autres signifiants de dysfonctionnement d'ordre institutionnel. Les raisons pour lesquelles un étudiant décompense sont souvent liées à des changements dans les lois d'économie ou du marché. On observe que le burn-out prend parfois racine sur des terrains où les **conditions environnementales changent** et doivent être revisitées.

Le burn-out est un appel du pied et une invitation lancée aux individus à se réajuster, à renouveler les solutions et les stratégies.

Le burn-out pourrait être le signe d'un dysfonctionnement global. Les dysfonctionnements peuvent aussi avoir lieu à des niveaux inférieurs avec des liens de subordinations abusifs ou incohérents, ou des contradictions entre le discours annoncé par les institutions et les réalités de terrain.

Une des principales causes du burn-out provient de l'absence de support ou de soutien, de l'augmentation des charges administratives, de même que du manque de moyens en personnel ou au niveau logistique mis à la disposition pour atteindre des objectifs par ailleurs surdimensionnés et consciemment irréalisables.

Toutes ces situations augmentent considérablement les facteurs de stress nocifs à l'individu. Enfin, des dysfonctionnements liés aux personnes peuvent aggraver la situation comme

l'incompétence de la direction, des collègues ou de soi-même, l'immixtion des autorités dans la pratique de la profession et le manque d'encadrement social (absence de pension de retraite suffisante pour les indépendants, revenu garanti non prévu en cas d'incapacité médicale de travail, ou insuffisant, car trop onéreux, absence de couverture par la sécurité sociale ou des assurances médicales).

Le burn-out touche une proportion non négligeable de **professionnels de la santé**. Malgré les nombreuses études s'y intéressant, peu d'entre elles mettent en lumière la problématique du burn-out chez les étudiants en médecine. Or, selon plusieurs études menées principalement au Canada et aux USA, ce syndrome est significativement présent et il a un réel impact sur les **futurs soignants**, tant au niveau professionnel qu'au niveau personnel. Le statut particulier de l'étudiant joue un rôle majeur dans le développement du burn-out. (19)

Nous verrons dans cette deuxième partie comment évaluer le burnout chez l'étudiant, les outils permettant son évaluation. Puis nous étudierons sa prise en charge, et les moyens de prévention.

PARTIE II : PRISE EN CHARGE DU BURNOUT CHEZ LES ÉTUDIANTS

A. Dépister et évaluer le burnout chez les étudiants

a. Repérer les situations de burnout

Ainsi, le terme burnout se traduit par un profond **épuisement physique, émotionnel et psychologique** associé à un processus d'usure du rapport au travail.

Cependant, la manifestation clinique varie d'une personne à l'autre, de façon plus ou moins intense, d'installation progressive, "souvent insidieuse", ce qui complique le diagnostic et donc la prise en charge. (8)

Le syndrome de burn-out a de nombreuses causes et effets. Que ce soit au niveau des symptômes, mais aussi en termes de dépistage, d'évaluation et de traitement, le clinicien doit penser sous différents angles, c'est-à-dire l'aspect médical et sa douleur physique, l'aspect organisationnel et sa douleur comportementale et ergonomique et l'aspect psychologique aspect avec sa douleur émotionnelle et cognitive. (9)

Devant le tableau clinique qui peut présenter à la fois des symptômes physiques et psychiques, le praticien tentera d'éclaircir la situation et d'envisager un diagnostic différentiel.

L'état complet de burn-out se manifeste par un certain nombre de symptômes, qui peuvent être regroupés en trois catégories :

- **Symptômes physiologiques:** troubles du sommeil, fatigue chronique, insomnie, douleur chronique diffuse.
- **Symptômes cognitifs et affectifs:** irritabilité, hypersensibilité, pessimisme, désespoir, dépression, cynisme, indécision, manque de concentration, tendance à blâmer les autres et le système pour des problèmes personnels, isolement et détachement émotionnel, image de soi négative.
- **Symptômes comportementaux:** Diminution importante de la productivité, augmentation de l'abus de substances toxiques comme l'alcool ou les drogues, irritabilité, agressivité, impulsivité, isolement.

Ce diagnostic peut être réalisé par le médecin traitant, les médecins du travail et les équipes de médecine du travail. Dans l'intérêt du patient et avec son consentement, une communication doit s'établir entre le médecin du travail et le médecin traitant.

- **Le repérage individuel** s'appuie sur un faisceau d'arguments incluant une analyse systémique : des manifestations cliniques, des conditions de travail et, en complément, d'éventuels facteurs de susceptibilité individuelle. Le déni du travailleur peut entraîner un retard de prise en charge. (8)

Ces explorations sont à réaliser en complément de la recherche des facteurs professionnels, des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs, des signes cliniques observés et entendus, notamment par le médecin du travail et/ou l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

- **Le repérage collectif** est réalisé par l'équipe de santé au travail coordonnée par le médecin du travail sur un ensemble de signaux liés au fonctionnement de la structure (absentéisme ou présentéisme, turn-over fréquent, mouvements du personnel, qualité de l'activité et des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, visites médicales spontanées, inaptitudes). (8)

b. Les outils de l'évaluation du niveau d'épuisement professionnel

Le **Maslach Burn-out Inventory (MBI)** est un outil de mesure **validé** et utilisé dans de nombreuses études, en particulier dans des enquêtes menées auprès de médecins et d'autres soignants. L'avantage de ce test est qu'il peut être utilisé chez des **personnes saines** en dehors d'un contexte psychiatrique ou professionnel. Il investigate **22 éléments**, y compris la fréquence de chaque symptôme sur une échelle de Likert comprenant 7 options de réponses, en allant de 0 à 6 (Cf. Annexe I). (9)

Nous développerons ici les autres outils permettant d'évaluer le niveau d'épuisement professionnel, tout en gardant à l'esprit que le Maslach Burnout Inventory (MBI) reste l'outil le plus couramment utilisé par les professionnels de santé.

Le guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT en 2015 indique que le "Maslach Burnout Inventory" (MBI), développé par Maslach & Jackson en 1981, est un questionnaire scientifiquement validé qui est le plus couramment utilisé. Il s'adresse aux travailleurs et comporte plusieurs versions pour des groupes spécifiques de personnes :

- Le MBI-Human Service Survey, pour les professions d'aide et de soins ;
- Le MBI-Educators Survey pour les professions de l'enseignement et de la formation ;
- Le MBI-General Survey pour la population active générale.

Le MBI permet d'identifier **au niveau collectif** le phénomène de dégradation du rapport subjectif au travail, permettant de revenir sur les difficultés, dilemmes, impasses, et contradictions que rencontrent les travailleurs dans leur environnement professionnel.

Le guide recommande d'exploiter d'autres questionnaires en plus des données d'expériences professionnelles et de santé recueillies également, des signes cliniques observés et entendus, par les équipes du service de santé au travail. (20)

- Le MBI-Student Survey pour la population étudiante

Plusieurs études internationales ont été menées sur le burnout étudiant. Pour contribuer à l'examen clinique ainsi qu'à la recherche sur la santé mentale des étudiants, le MBI-SS (Maslach Burnout Inventory-Student Survey) a été validé et utilisé dans différents pays mais pas en France.

Christine Faye-Dumanget dans son étude « Validation française du Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) », a permis d'examiner la validité du modèle tridimensionnel de la version française du MBI-SS.

Elle souligne que la période étudiante constitue une étape importante parmi les différents événements dans la vie de l'individu. Les étudiants sont soumis à de fortes pressions de réussite pouvant conduire à un syndrome d'épuisement. Cette recherche a pour objectif d'étudier la santé mentale des étudiants en termes de burn-out académique.

Pour cette étude, trois cent dix-neuf étudiants ont répondu à l'échelle Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) validée dans sa version française. En accord avec la littérature, environ 50 % des étudiants ont tendance à présenter de l'épuisement académique.

Conclusion :

Une limite de cette étude est que les étudiants ont été recrutés **uniquement dans une université en France**. Cependant, la langue française est utilisée dans plusieurs pays et il serait donc intéressant de comparer les résultats de cette recherche avec ceux **d'autres régions francophones**.

Cette étude préliminaire mériterait d'être répliquée plus largement et sur des échantillons plus spécifiques d'étudiants.

Concernant ses applications, la version française du MBI-SS a été utilisée pour évaluer un programme multimodal de prévention du burnout à partir de modèles basés sur des thérapies comportementales, cognitives et positives lors de recherches visant à développer des connaissances sur la santé mentale des étudiants. (21)

c. Évaluer le syndrome d'épuisement professionnel

L'échelle d'évaluation du niveau d'épuisement professionnel « Maslach Burnout Inventory » (MBI), mise au point par Maslach & Jackson en 1981 est toujours **l'outil mondial de référence** d'évaluation de la symptomatologie du burn-out, même s'il ne peut pas être considéré comme un outil diagnostique. Il repose justement sur les **trois dimensions** décrites par l'auteur (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi). (22)

1 - Cette étape de dépistage est essentielle pour les cliniciens et ceux qui craignent de développer un syndrome d'épuisement professionnel. La personne peut évaluer de manière dynamique le déroulement de sa vie professionnelle et privée, qui est un continuum (cf. Figure 4), du bon état physique et mental à la fatigue saine, et parfois à l'épuisement naturel physique et mental après une période intense de stimulation. Le plus souvent, le clinicien voit une personne en détresse physique ou psychologique ou quelqu'un qui lui a été adressé pour suspicion d'épuisement professionnel.

2 - Ce n'est que lorsque le discours devient adapté que la personne pourrait évoluer vers des attitudes « suradaptées » comme de l'exigence, de l'irritation et des émotions inadéquates. Le stade 1 de l'épuisement émotionnel sera évoqué. Il sera temps de prendre des vacances. Si la personne devient cynique, distante et distraite dans un second temps, il sera capital d'intervenir avant qu'elle ne devienne hyperexcitée, intolérante, agressive, défensive, suffisamment inaccessible pour travailler de longues heures ou complètement épuisée. Ce stade 2 nécessite des soins spécialisés. Lorsque l'incertitude apparaît, la concentration et la désorientation, les doutes sur ses compétences et son estime de soi, nous voyons un tableau dépressif masqué par des plaintes purement physiques. La dépendance, l'alcoolisme, des symptômes physiques plus graves tels que les maladies cardiaques et l'hypertension artérielle, l'incapacité répétée de travailler, le chômage, les problèmes relationnels majeurs et même le suicide peuvent évoluer vers une dépression sévère à ce stade.

3 - Le syndrome de burnout a de nombreuses causes et effets. Que ce soit au niveau des symptômes, mais aussi en termes de dépistage, d'évaluation et de traitement, le clinicien doit

penser sous différents angles, l'aspect médical avec sa douleur physique, l'aspect organisationnel avec sa douleur comportementale et ergonomique et l'aspect psychologique avec sa douleur émotionnelle et cognitive.

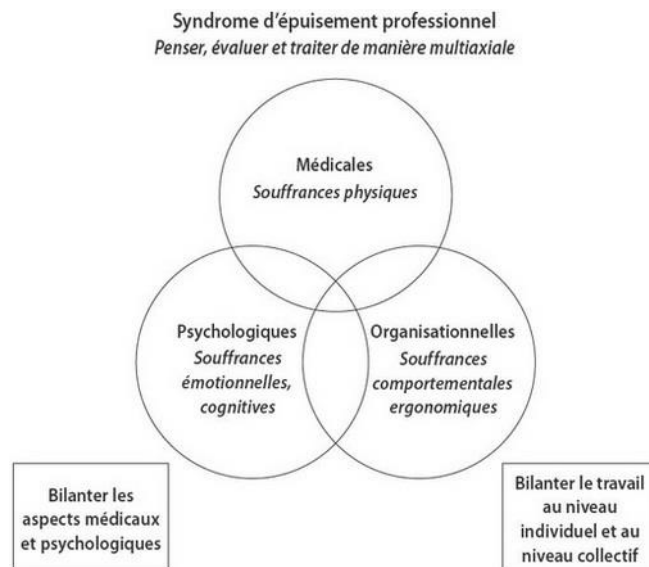


Figure 3 : Evaluation du burnout, Delbrouck (2011)

4 - Face à un tableau clinique pouvant présenter à la fois des symptômes physiques et psychologiques, le praticien tentera de clarifier la situation et envisagera un diagnostic différentiel. Nous donnons ici un aperçu rapide des différents scénarios cliniques, qui peuvent également se chevaucher. Il est nécessaire de repositionner et de considérer tous les facteurs étiologiques non strictement médicaux.

5 - Les détails de la situation clinique et du diagnostic différentiel seront développés dans la partie II.B qui traite du traitement du burnout et de sa prise en charge dans le cadre de la prévention tertiaire.

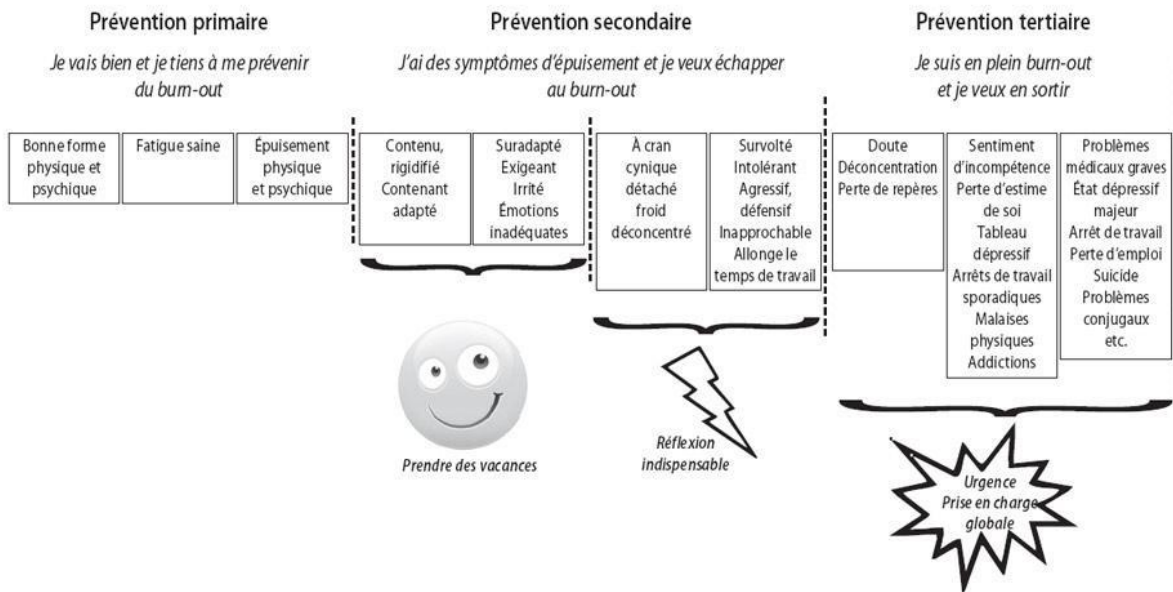


Figure 4 : Schéma récapitulatif des étapes du burnout, Delbrouck (2011)

6 - Le dépistage et l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel impliquent une réflexion et des investigations multiaxiales. La méthode procédera selon plusieurs explorations. Un examen physique rigoureux sera fait, à la recherche de maladies organiques. Ensuite, un bilan psychologique individuel est nécessaire pour rechercher des troubles psycho émotionnels, psychologiques ou comportementaux. D'éventuelles stratégies d'adaptation inadéquates ou obsolètes seront explorées. L'aspect financier et spirituel sera également abordé dans le bilan psychique. Enfin, l'investigation ciblera l'ensemble du champ socioprofessionnel au niveau collectif et individuel. (9)

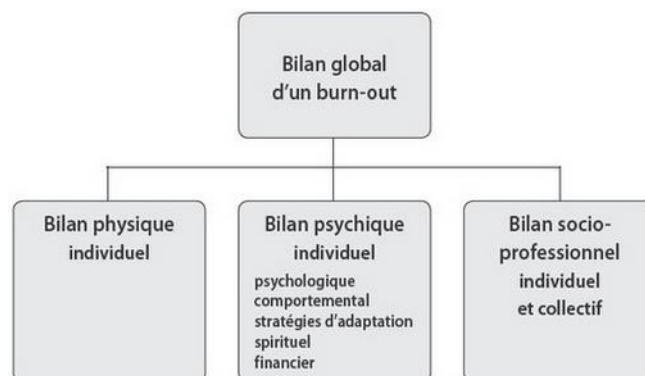


Figure 5: Bilan du burn-out, Delbrouck (2011)

B. Prise en charge des étudiants en santé atteints de burnout

a. Stratégie de prise en charge du burnout

Dans le paragraphe suivant nous verrons le suivi pour un salarié atteint d'un burnout.

La prise en charge vise à traiter le trouble identifié ainsi qu'à agir sur le contexte socioprofessionnel à l'origine du trouble. La prescription d'un arrêt de travail est le plus souvent nécessaire. Sa durée sera adaptée à l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel.

Le médecin traitant coordonne cette prise en charge. Il prescrit si nécessaire un traitement en s'appuyant sur la démarche diagnostique et adresse éventuellement le patient à un psychiatre. L'intervention d'un psychiatre peut être sollicitée notamment pour réaliser un diagnostic psychopathologique ou une adaptation thérapeutique, prendre en charge un trouble sévère et poursuivre un arrêt maladie.

La prescription d'un traitement antidépresseur est uniquement recommandée dans le cadre de ses indications (troubles anxieux, troubles dépressifs).

Le traitement du trouble peut comporter une prise en charge non médicamenteuse fondée sur des **interventions psychothérapeutiques** ou **psychocorporelles** effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques.

Dans tous les cas, il est recommandé au médecin traitant, avec l'accord du patient, de prendre contact avec son médecin du travail afin que ce dernier puisse alerter l'employeur et avoir un éclairage sur les conditions et le milieu de travail.

L'analyse des postes et des conditions de travail est en effet essentielle. Elle est réalisée par une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail. Des précautions (individuelles et/ou collectives) sont recommandées en conséquence.

Les aspects médico-socio-professionnels et psychologiques de la prise en charge sont essentiels, notamment pour accompagner les patients dans les démarches de prise en charge médicale. (8)

La question de la prise en charge du burnout chez l'étudiant se pose alors. Nous allons voir dans le paragraphe suivant la stratégie de prise en charge du burnout chez les étudiants.

L'étudiant présentant des symptômes liés au burnout doit se rapprocher de son médecin traitant. Ce dernier pourra évaluer les symptômes qui lui permettront d'établir un diagnostic pour ensuite mettre en place une prise en charge adaptée.

La stratégie de prise en charge du patient en burn-out comporte une série d'étapes à la fois successives et qui vont parfois coïncider dans le temps. Le principe thérapeutique est pour le professionnel d'avoir conscience de la multiplicité des enjeux et des facteurs influents.

Ce soignant va récupérer le maximum d'informations au niveau **individuel, collectif, interpersonnel**, socioculturel et au niveau des conditions de travail.

Il va travailler avec le patient en commençant par son écoute attentive de la plainte et la tentative de perception des objectifs sous-jacents. Une approche empathique, subjective et objective, clarifiante et soutenante aidera le patient à traverser cette aventure qui, s'il la dépasse, peut le conduire à un nouveau et meilleur départ dans sa vie.

Les dix phases de traitement des personnes en syndrome de burn-out complet sont décrites ci-dessous :

1 – Phase de communication

- Réaliser une anamnèse à l'aide des dossiers médicaux, des antécédents, et de l'historique de la plainte pour décrire la situation
- Libérer tous les partenaires
- Parlez de tous les aspects du problème
- Mettre en évidence les contradictions
- Déjouer les conflits

Expliquez, racontez et écoutez

- Écoutez des histoires anciennes et nouvelles qui s'ajoutent à cet état d'épuisement professionnel

- Maintenir les obligations de réserve, positionnement impartial
- Utiliser leur capacité à argumenter et à analyser
- Tirer parti de leur empathie, de leur concentration et de leur capacité d'écoute
- Éviter les diagnostics trop rapides
- Écoutez la signification au-delà des symptômes décrits
- Identifier l'impact psychologique de l'inconfort physique sur les patients
- Confronté à une incapacité initiale à s'autoévaluer, à aider et à des évaluations disparates

2 – Phase d'évaluation

Mesures préventives et thérapeutiques :

- Comprendre et reconnaître le syndrome d'épuisement professionnel
- Évaluer la détresse personnelle
- Évaluer les dommages collatéraux (travail, collègues, famille, enfants, amis, etc.)
- Décrire l'inconfort psychologique et/ou physique
- Traiter les problèmes physiques et psychologiques majeurs dès le départ

Planifier :

- Un **bilan physique**
- Un **bilan psychologique**
- Un bilan par auto-évaluation et des tests d'évaluation hétérogènes
- Un rapport de motivation (la cohérence avec son apprentissage, la reconnaissance de soi et de son travail, et des actions liées à ses objectifs)
- Surmonter le déni (test de dépistage du trouble dépressif majeur)

- Mettre en évidence les dépressions masquées
- Eliminer les causes organiques
- Détecter d'éventuels harcèlements professionnels ou moraux

A ce stade, le patient est soulagé de ne plus avoir besoin d'accomplir la tâche, en revanche, il se sent abattu de ne plus pouvoir l'accomplir.

- Décodage des symptômes par le patient
- Décodage des indices de surcharge scolaire
- Accepter l'épuisement professionnel passé
- Détecter de façon précoce les stades à ne pas dépasser

3 - Phase d'acceptation

- Compréhension et accompagnement inconditionnel des professionnels du burnout
- Comprendre l'embarras, sinon la stigmatisation, de consulter et admettre son état
- Accepter sa situation
- Introduire des techniques de respiration et de relaxation physique (pour les tensions musculaires, l'irritabilité, les états de stress) – sophrologie – massages
 - Permettre de découvrir son corps et de percevoir l'inconfort physique (signes de souffrance physique, ignorés ou niés la plupart du temps par la personne épuisée)
 - Commencer le processus de psychothérapie
 - Choisir une approche plus émotionnelle (psychothérapie humaniste ou/et psychothérapie orientée, médiation corporelle)
 - Éviter la psychanalyse classique ou la psychothérapie intellectuelle (dangers d'amélioration de l'intelligence rationnelle)

4 – Phase de désengagement

Prendre des précautions face à des états dépressifs majeurs avec des idées suicidaires, ou face à une tristesse intense, une impuissance, une confusion ou une désorientation, des pensées incohérentes, une perte sévère d'estime de soi, une autodérision anormale, un syndrome de paranoïa marqué, des symptômes de somatisation (ulcère, crise cardiaque, hypertension artérielle sévère, etc.) :

- Prendre soin des aspects narcissiques blessés avec patience et ouverture
- Incapacité de travail (de 3 mois à 6-8 mois de consultation)
- Antidépresseurs, hospitalisation si risque de perte de contrôle

Suivi des mesures d'entretien :

- Combinaison de médicaments et de psychothérapie
- Créer une atmosphère de confiance
- Apprendre la perception émotionnelle et physique
- Renonciation temporaire négociée aux obligations morales et académiques
- Amener la personne à accepter qu'elle n'est plus confrontée à la vie scolaire quotidienne
- Oser poser des questions et enfin oser parler à des proches, amis, ex-collègues
- Rencontrer des amis, des connaissances, de la famille (souvent négligés)
- Accepter de prévoir éventuellement du temps pour le sommeil, le repos et la réflexion.
- Avoir un soutien constant des médecins et parfois des essais de thérapeutes (difficile d'accepter l'échec)

Dépistage de maladies associées :

- Découverte de comorbidités : dépendance à l'alcool, dépendance à une substance, dépendance comportementale (dépendance à Internet, dépendance au sexe ou à l'exercice, etc.)

- Comprendre et accepter la réduction d'incapacité
- Réorientations professionnelles parfois à envisager (changement de parcours scolaire)
- Prévoir des changements profonds de style de vie

5 – Phase de recherche de sens

Encadrement mis en place avec le professionnel du burnout :

- Confiance établie
- Se libérer et porter avec le professionnel un regard neuf sur la vie, ses études, ses relations avec les autres étudiants, ses professeurs et ses relations personnelles, son mode de vie, ses conceptions philosophiques par rapport au travail et à la vie
- Prise de recul désormais avant de décider
- Parcourir le présent et le passé du patient
- Prise de conscience de faits et signifiants majeurs
- Tolérance et flexibilité de l'aidant (en cas d'épuisement professionnel, les événements de la vie ou l'organisation forcent le processus ; l'acceptation n'est pas nécessairement complète)

Vérifier la solidité des relations et des réseaux émotionnels :

- Aider à maintenir, recréer et consolider le réseau relationnel individuel
- Déterminer les ressources personnelles
- Maintenir des liens forts au sein même de son université (les autres étudiants de sa promotion)
- Analyser ses relations avec les enseignants, les directeurs
- Vérifier la présence de harcèlement moral ou professionnel

Vérifier l'impact dans son histoire personnelle ou à travers les générations :

- Éventuelles similitudes avec ses relations privées, familiales, amicales

- Dépendance d'injonctions parentales, sociétales, surmoïques
- Ne pas effrayer le patient par des interprétations psychanalytiques qui n'auraient pour effet que de le déstabiliser encore plus
- Découvrir ses propres dysfonctionnements internes
- Comment ses **propres dysfonctionnements sont parfois en résonance avec les dysfonctionnements de l'institution** et de la société dans laquelle l'étudiant vit ou est impliqué

Repenser des choix de départ :

- Question du choix conscient et/ou inconscient du type de filière choisie ou non choisie
- Exploration du système de valeurs fondamentales qui a conduit la personne dans ses choix de profession future
- Possibilité de se repenser et de se resituer au travail

Rester essentiellement pragmatique

- Rester centré dans l'ici et maintenant de la situation
- Envisager les problèmes concrets et les moyens pratiques de les résoudre
- Soulager rapidement la personne face à ses stratégies d'adaptation inefficaces ou passives

Exploration plus profonde si le patient le souhaite

- Sens du plaisir et de la vie
- Découverte de modes de fonctionnement inconscients
- Répétition des processus d'autodestruction
- Prudence avec la question des abus dans l'enfance, comme facteur favorisant les stratégies d'échec

Déceler les attitudes inadaptées et les processus mentaux inconscients

- Reconnaître les stratégies d'hyper-réussite
- Coût psychique et énergétique de cette transformation
- Apprendre à s'auto-soulager de ces mécanismes d'adaptation hyperefficaces

Implication du patient et du thérapeute

- Volonté d'en sortir et capacité de réflexion et d'introspection de la part du patient
- De la part du thérapeute, être prêt à supporter à travers le transfert, une partie de la charge que ne peut pas encore se réapproprier le patient

6 – Phase de redécouverte

Mettre en œuvre d'autres stratégies et d'autres orientations

- Réflexions et décisions pratiques
- Choix et micros-décisions qui s'imposent
- Récupération mais fragilisation par cette épreuve
- Goût de reprendre de manière sporadique
- Vision un peu plus globale, quand le patient a pu différencier sa part personnelle et celle qui incombait à ses camarades ou son institution

Choix d'une éventuelle réorientation ou d'une réadaptation

- Étape déterminante
- Incapacité de travail parfois poursuivie
- Importance de la situation financière (investissement pour financer ses études)
- Reprise des études à terme, la plupart du temps

Être en accord avec ses valeurs :

- Poursuite du travail avec le professionnel du burnout, au risque de rechuter
- Processus de soins à poursuivre au moins 3 à 6 mois, et pouvant aller jusqu'à 24 mois avant qu'une solution claire et satisfaisante puisse être développée
- Accepter que ces processus qui prennent du temps, de l'énergie et de l'argent sont à terme gagnants.

Accepter des solutions temporaires ou définitives

- Décisions trop rapides ou trop radicales (maintien de l'insatisfaction et de l'épuisement émotionnel)

- Danger de bore-out par ennui si le travail n'est pas assez stimulant (le bore-out est un syndrome d'épuisement dû à l'ennui provoqué par le manque de travail ou l'absence de tâches intéressantes à effectuer)
- Envisager changement de rythme ou d'angle de vue
- Arrêt des études définitif

7 – Phase de réapprentissage

- Reprise progressive **des études**
- Maintien de l'accompagnement de la personne
- Mise en place d'éventuelles **mesures transitoires** de façon à restaurer sa confiance
- Acceptation des **rechutes** avec prise de conscience, absence de découragement et mise en place de nouvelles stratégies
- Réaffirmation face à elle-même, à son conjoint, ses proches et à ses collègues
- En connexion avec de nouveaux **modèles d'autodétermination et modèle motivationnel.**
- Réexposition progressive et restructuration cognitive et émotionnelle

8 – Phase de résolution

- Changement de perspective, changement de paradigme
- Solidarité, compagnonnage
- Acceptation inconditionnelle de l'autre (de sa différence sociale, culturelle et philosophique)
- Abandon de la toute-puissance
- Refus de l'isolement de l'autre et de soi
- Acceptation de la solitude existentielle
- Perte de la non-délégation
- Ne pas vouloir en sortir seul au risque de renforcer les comportements de perfection
- Ne pas accepter de rupture intempestive dans la relation de soins
- Maintenir un continuum relationnel stable

9 – Phase de consolidation

- Reprise des études depuis plusieurs mois
- En contrôle tous les mois ou tous les deux mois pendant six mois

- Réévaluation (difficultés d'adaptation à l'université, facteurs de stress internes et externes, rechutes intégrées dans de nouvelles stratégies)
- Référence au professionnel comme facteur sécurisant
- Réapprentissage à la vie universitaire et à la vie personnelle

10 – Phase de départ

- Apprentissage à quitter
- Évocation progressive de la fin et de la séparation
- Départ dans la quiétude, la sécurité et sans vécu d'abandon
- Mise en mots de la fin du processus
- Étape importante d'intégration
- Prise de conscience et appréciation de l'utilité du processus de nouvelle croissance de l'individu en souffrance
- Phase de départ envisageable quand les réflexes de ressenti émotionnel et de réévaluation cognitive et émotionnelle sont acquis
- Désengagement du soignant mais qui reste potentiellement à disposition de la personne

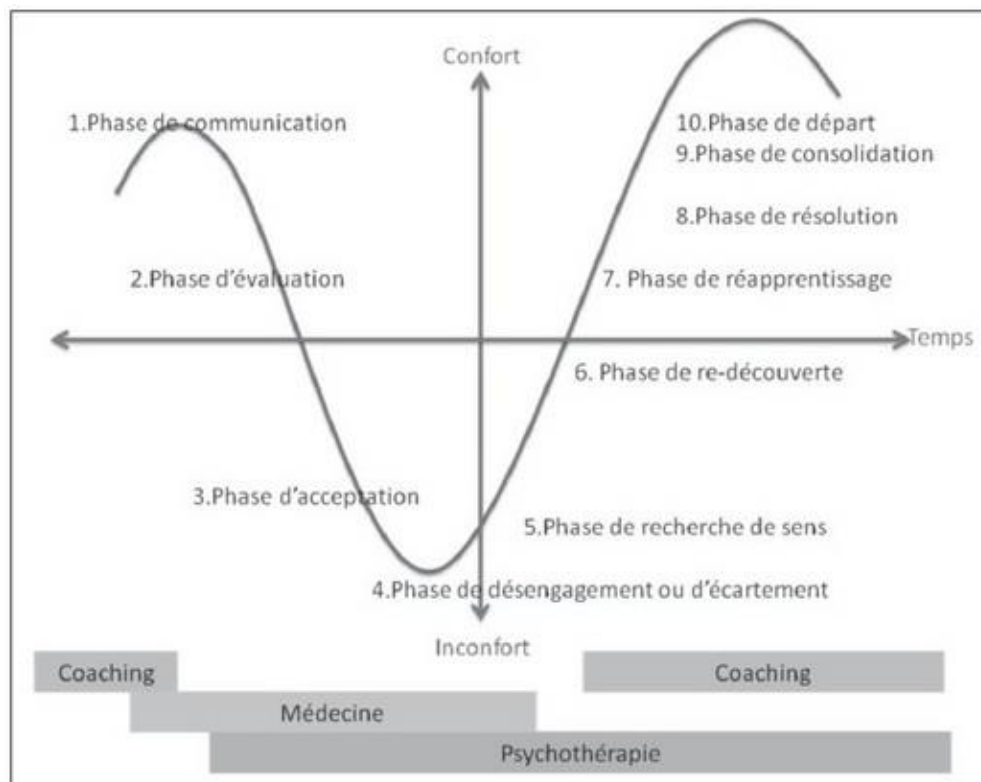


Figure 6: Les 10 phases du traitement du burn-out dans le temps et place du coach, du médecin et du psychothérapeute, Delbrouck (2011)

En fonction du stade 1, 2 ou 3, le patient ou le professionnel du burn-out se dirigera spécifiquement vers les chapitres de traitement. Pour rappel : le 1^{er} stade est l'épuisement émotionnel, le second la déshumanisation de la relation à l'autre, et le 3^{ème} stade est la diminution de l'accomplissement personnel. (9)

La stratégie de prise en charge du burnout comporte donc 10 étapes. La base de cette prise en charge reste **individuelle** : elle se fait à la demande de la personne atteinte de burnout. Le soignant pourra établir un diagnostic précis tout en instaurant une relation de confiance avec le sujet atteint de burnout.

b. Les différents acteurs dans la prise en charge du burnout chez les étudiants

Nous avons vu l'importance de la relation entre le médecin traitant et le patient souffrant du burnout. Il existe également des structures permettant un accès aux soins pour l'étudiant.

Le Service Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS) s'adresse aux étudiants et a pour mission d'assurer un suivi sanitaire et de développer les actions de prévention et d'éducation à la santé. Ainsi, tout étudiant inscrit à l'université se voit convoqué au moins une fois pendant les trois premières années d'études pour un examen médical préventif à l'issue duquel il lui est remis une attestation de suivi. Le SIUMPPS peut délivrer des certificats de mesures d'aménagements d'études. Les étudiants inscrits à l'université peuvent aussi bénéficier consultations de psychologie en prenant un rendez-vous anonyme et gratuit auprès du secrétariat. (23)

Depuis la crise sanitaire COVID-19, le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a mis en place le parcours Santé Psy Etudiant. Ce dispositif permet une consultation avec un psychologue gratuitement. L'étudiant peut consulter le service de santé de son établissement universitaire avec sa carte étudiant, ou son médecin généraliste, afin d'obtenir une lettre d'orientation. L'étudiant sera orienté vers un psychologue partenaire du dispositif pour bénéficier de séances de suivi de psychologique gratuite. (24)

C. Lien entre burnout et dépression

La question du lien entre burnout et dépression n'est pas résolue. La recherche a montré qu'il existe une **corrélation entre l'intensité de l'épuisement professionnel et le niveau de dépression.** (9)

S. Terrasse et coll. ont montré que 60 % des patients souffrant d'épuisement professionnel sévère ne remplissaient pas les critères de dépression.

La méthodologie utilisée dans cette étude a inclus un échantillon de 65 personnes âgées de 25 à 63 ans, en activité professionnelle. L'épuisement professionnel a été évalué par le Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). Maslach recommande également de classer le burnout par stades (MBI-STA). Les stades sont classés de 0 à 8 en fonction du nombre et du type de scores significatifs. Le stade 0 correspond à aucun score significatif, les stades 1 à 3 correspondent à au moins un score significatif en intensité, mais aucun en fréquence. Lorsqu'une des dimensions du burnout est importante à la fois en fréquence et en intensité, cela signifie que le burnout est avancé (stades 4 à 6). Le burnout est fortement avancé (stade 7) lorsque les deux dimensions sont importantes en fréquence et en intensité. Le stade du burnout est de 8 lorsque les 3 dimensions sont significatives à la fois en intensité et en fréquence. Dans cette étude, le burnout a également été évalué sur la base du score total (MBI-TOT), pour cela, les items du burnout ont tous été notés de 0 à 6. Le score de burnout total le plus élevé est de 264.

Les symptômes dépressifs ont été évalués selon 4 échelles de dépression (GHQ-28, BDI-13, HAD, MADRS) :

- Le General Health Questionnaire de DP. Goldberg (GHQ-28) mesure la détresse mentale. Cette version de 28 items propose 4 sous-échelles (dépression (GHQ-DEP), anxiété, somatisation et impact fonctionnel).
- Le Baker Depression Inventory-13 (BDI-13) comporte 13 items et permet de mesurer les aspects subjectifs de la dépression.
- L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) de Zigmond A.S. et Snaith R.P permet d'évaluer les dimensions de l'anxiété et de la dépression et se compose de 14 items, chacun sur une échelle de 0 à 3. La dimension dépression a été évaluée par 6 items (HAD-D) et la dimension anxiété a été évaluée par 7 items (HAD-A). Pour l'HAD, le seuil optimal

d'épisode dépressif majeur est de 19 et le seuil optimal de trouble de l'adaptation est de 13; le score global le plus élevé est de 42.

- L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) est une échelle de 10 items pour l'évaluation hétérogène de la symptomatologie dépressive. Elle met l'accent sur la distinction entre la sévérité de la dépression et est utilisée lorsqu'on veut utiliser l'intensité de la dépression comme variable de contrôle.

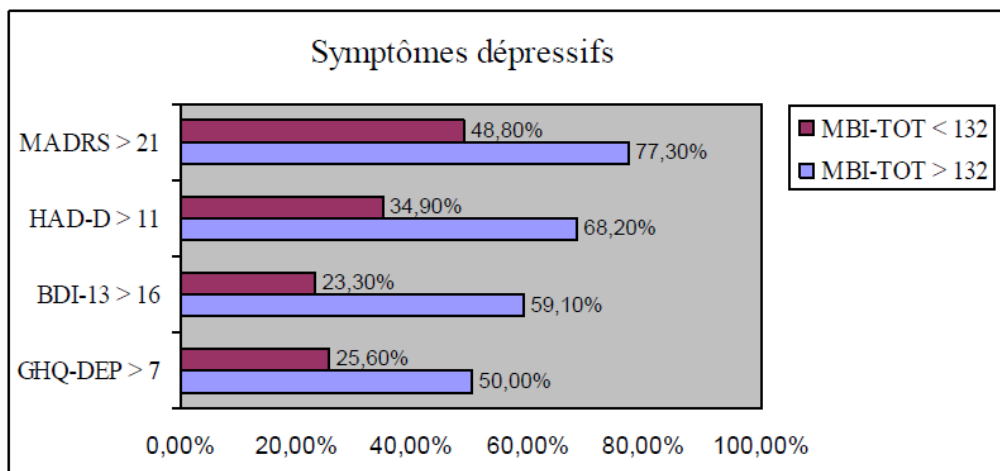


Figure 7 : Prévalence de la dépression majeure selon différentes échelles de dépression parmi les patients en burnout engagé ou en burnout non engagé suivant le MBI-TOT (25)

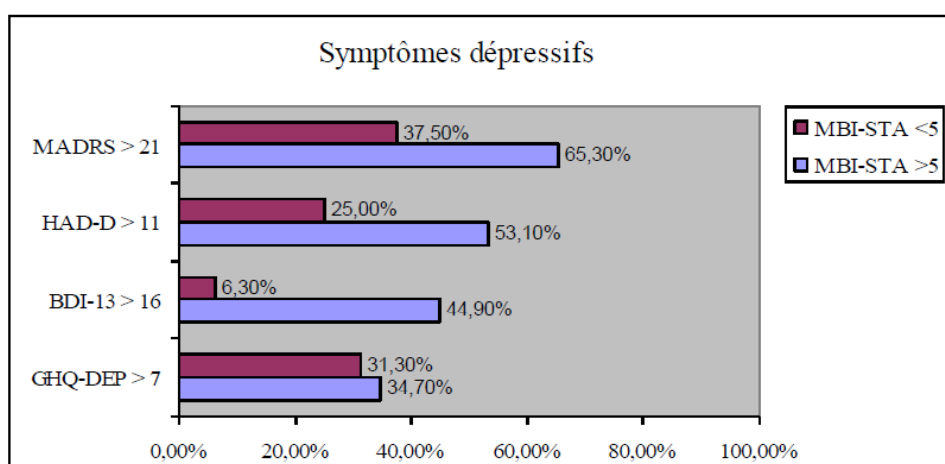


Figure 8 : Prévalence de la dépression majeure selon différentes échelles de dépression parmi les patients en burnout engagé ou en burnout non engagé suivant le MBI-STA (25)

Les résultats de cette étude ont confirmé que la **dépression** et l'**épuisement professionnel** étaient **significativement associés**. Les symptômes dépressifs étaient statistiquement plus sévères chez les patients en **burnout avancé** (MBI-TOT > 132 et MBI-STA > 5). Plus de la moitié de ces patients souffraient de trouble dépressif majeur. La dépression observée était principalement de type irritable.

Les symptômes sont très différents de la dépression habituelle : il n'y a pas de sentiment de tristesse et pas de pleurs. L'épuisement professionnel partage des caractéristiques avec la dépression, surtout lorsqu'elle est dans un stade avancé. Le chevauchement entre les deux pathologies est l'irritabilité et les troubles du sommeil. Il est donc important **d'évaluer la dépression** chez les patients en burnout sévère afin de mieux les soigner et de les aider à faire reconnaître médicalement leur trouble. (25)

Deux revues systématiques de la littérature ont abordé le diagnostic différentiel du burnout, dans le rapport de la HAS publié en mars 2017. Nous allons étudier la revue de la littérature qui aborde spécifiquement le chevauchement avec la dépression.

Une revue de la littérature publiée par Bianchi en 2015 visait à identifier les points de recoupement entre burnout et dépression. (26). Dans les études longitudinales, un large éventail de symptômes dépressifs a été observé chez les individus en burn-out, mais personne n'a directement comparé le burn-out et le trouble dépressif majeur. Par exemple, la présence d'émotions négatives, ainsi que le manque d'émotions positives, lient l'épuisement professionnel à la dépression (l'humeur dépressive et l'anhédonie étant les principaux symptômes). Le burnout se caractérise par le fait qu'il ne s'agit pas d'une réponse éphémère qui peut disparaître du jour au lendemain, mais plutôt d'un point de rupture dans l'adaptation personnelle dû à un déséquilibre entre les besoins et les ressources. Une corrélation positive entre la dépression et l'épuisement professionnel a été rapportée dans de nombreuses études (r varie de 0,50 à 0,60, selon la mesure de l'épuisement), en particulier avec l'épuisement émotionnel. Malgré de nombreuses similitudes, la plupart des études analysant les facteurs mesurés dans des échelles ont conclu que l'épuisement professionnel est une entité distincte. Il existe une relation causale circulaire entre burnout et dépression, mais les études longitudinales évaluant celle-ci sont hétérogènes. Les analyses réalisées aux niveaux biologique et somatique n'étaient pas suffisamment discriminantes (sans tenir compte des différents sous-types de dépression).

L'épuisement professionnel était spécifiquement lié au travail, mais la dimension de l'engagement au travail était également liée à la dimension de la dépression. Les facteurs de vulnérabilité à la dépression sont également sujets à l'épuisement professionnel et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux définir leur corrélation.

Les résultats de cette étude suggèrent une corrélation entre l'épuisement professionnel et la dépression, mais les études longitudinales qui évaluent ce point sont hétérogènes. Ainsi, des antécédents de dépression peuvent contribuer au développement du burnout, mais à l'inverse, l'épuisement professionnel peut s'intensifier en dépression. Dans un stade avancé du burnout, les symptômes restent similaires à ceux de la dépression. Bien que les causes ayant déclenchées un burnout sont différentes des causes ayant déclenchées une dépression, les moyens de prises en charge sont similaires dans un stade avancé du burnout. Le rapport de la HAS rappelle que la prescription de médicaments antidépresseurs ne doit être faite que dans le cadre des indications d'un trouble anxiodépressif. (27)

Ces études ont été réalisés chez des patients **en activité professionnelle**. Les résultats sont à nuancer concernant la population estudiantine.

D. Prévention du burnout chez les étudiants en santé

a. Programme de prévention du stress chez les étudiants en médecine mis en place au Canada

Le Dr Carole Ratté a décrit un programme de prévention qui a été élaboré dans la Faculté de Médecine de l'Université Laval au Québec (Canada) pour aider les étudiants en médecine à faire face au stress engendré par leur formation et pour les préparer également à leur pratique future. Elle explique brièvement le modèle théorique qui sous-tend les interventions du programme de même que les principales activités qui y sont organisées : **présentation en grand groupe, atelier en petit groupe**, mise sur pied d'un **réseau d'entraide** et semaine thématique de prévention. Ce programme évolue depuis maintenant 10 ans et les étudiants y démontrent un haut degré de satisfaction.

Plusieurs études ont porté sur les **stress de la formation médicale** et ses **effets** sur les étudiants. À peu près toutes démontrent que leur bien-être psychologique et souvent physique diminue à la faculté. Selon différentes enquêtes, **20 %** des étudiants en médecine consultent pendant leur formation pour des **difficultés d'ordre psychologique**, les femmes dans une proportion plus grande que les hommes. Leur principale plainte a trait à **l'isolement**, à la **solitude**, conséquence, entre autres, de leur peu de disponibilité pour ce qui est extérieur à la médecine. Une deuxième problématique a trait aux difficultés survenant dans leur relation affective intime, constamment en conflit avec les exigences de la médecine.

Pour faire face à ce niveau de stress bien reconnu chez les étudiants en médecine, la faculté de médecine de l'Université Laval, à l'instar de plusieurs facultés de médecine nord-américaines, a mis sur pied, en 1992, un **Bureau des affaires étudiantes** dont les activités sont de 3 ordres: information, intervention et prévention.

C'est de ce dernier volet qui a maintenant 10 ans d'existence, dont il sera question dans ce texte, les étudiants l'ayant nommé le « programme de prévention des effets secondaires de la médecine ».

Le programme de prévention a comme objectif premier **d'aider** l'étudiant à développer des mécanismes sains d'adaptation aux stress de sa formation, mais il vise également à le **préparer** à sa future vie professionnelle par l'identification des difficultés de la pratique médicale et l'élaboration de moyens pour y pallier.

C'est le modèle systémique qui sous-tend sur le plan théorique, toutes les activités du programme de prévention ; selon ce modèle, les difficultés naissent de l'interaction entre la personnalité du médecin et les stress inhérents à la médecine. Nous insistons sur le fait que les mécanismes d'adaptation utilisés sur les bancs de l'université risquent fort d'être ceux auxquels ils auront recours pendant leur pratique médicale.

Ceci nous apparaît d'autant plus important que les étudiants ont souvent tendance à dire « qu'actuellement ils n'ont pas le choix » de leur style de vie, mais que « plus tard », ils auront davantage de contrôle et que les choses seront alors bien différentes. Or, ce syndrome de « remettre à plus tard » est bien connu chez les médecins alors que cette compulsion au travail que présente bon nombre d'entre eux, ce perfectionnisme exigeant, cette difficulté à établir des limites pour se protéger, les accompagnent pendant toute leur vie professionnelle.

Les activités du programme tentent de transmettre un message constructif : à travers la formation et la pratique, il est important de ne pas se perdre de vue comme individu afin de trouver un équilibre entre être « un bon médecin » disponible pour ses patients, et continuer à répondre à ses propres besoins et à ceux de sa famille. Cela suppose un processus de deuil, celui de sa toute puissance et de celle de la médecine, deuil permettant d'accepter sa faillibilité, sa vulnérabilité et ses limites.

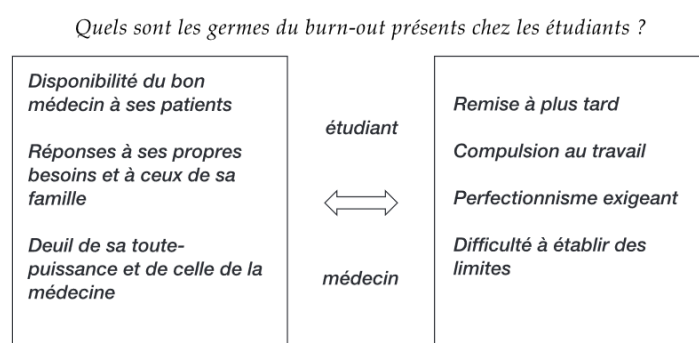


Figure 9 La prévention du stress chez les étudiants en médecine, Delbrouck (2003)

Le programme de prévention comprend plusieurs activités qui seront décrites brièvement : des présentations en grand groupe, des ateliers en petit groupe, le réseau d'entraide et la semaine de prévention des effets secondaires de la médecine. Plutôt que de regrouper les activités de façon intensive à un moment de la formation comme le font certains programmes nord-américains, le programme de prévention a choisi de les échelonner sur toute la durée de celle-ci pour que soit rappelé régulièrement aux étudiants, l'importance d'être attentif aux aspects abordés. Les étudiants s'inscrivent aux activités sur une base volontaire.

Présentation en grand groupe :

À chaque début d'année académique, la responsable du Bureau des affaires étudiantes organise une rencontre de 1h30 avec toute la classe des étudiants commençant leur formation médicale. Cette rencontre a lieu sur l'heure du déjeuner, les étudiants apportant leur repas s'ils le souhaitent. Cet horaire est largement privilégié pour toutes les activités du programme, faisant ainsi le moins possible intrusion dans un programme de cours très chargé. Cette présentation s'intitule « La formation médicale : les deux côtés de la médaille » et aborde à travers différentes vignettes vécues de même que des statistiques, les différentes sources de stress rencontrées chez les étudiants en médecine ; un modèle où les difficultés naissent de l'interaction entre leur personnalité, le stress inhérent à leur formation et leur propre réaction au stress leur est présentée. Les personnes ayant établi le programme profitent également de ce premier contact avec la classe pour leur expliquer les différentes activités du programme de prévention, tentant de les stimuler à participer aux différents ateliers qui leur seront offerts.

Ateliers en petit groupe

Des petits groupes de discussion ont lieu à deux moments stratégiques de leur formation, soit au début du pré clinique (première année) et juste avant leur arrivée en clinique (fin de troisième année). Ce programme espère briser l'isolement dans lequel les étudiants ont tendance à s'enfermer, surtout lorsqu'ils doutent d'eux-mêmes. Le climat de relative intimité (des groupes de 10 à 15 étudiants) permet un échange authentique où chacun a la chance de s'exprimer. La qualité de participation des étudiants y est remarquable. Ces petits groupes, d'une durée de 90 minutes, ont aussi lieu sur l'heure du déjeuner et chacun y apporte son repas. Ils sont animés par la responsable du programme de prévention qui est psychiatre et a une expérience d'animateur de groupe Balint. Elle a comme rôle d'apporter une structure au groupe, de faciliter les interactions et de créer un climat de compréhension. Ainsi chacun des étudiants a l'opportunité, au premier semestre de sa formation, de participer à un atelier sur le stress vécu à cette période exigeante sur le plan de l'adaptation : la compétition inter-étudiants, la somme des connaissances à acquérir, le peu de disponibilité pour l'extra-médical, la désillusion de ne plus être « parmi les premiers de la classe » sont autant de sujets amenés par les étudiants. Dans une deuxième partie, à partir d'enquêtes menées sur les conditions de bien-être des médecins, des stratégies d'adaptation leur sont présentées, ce qui donne lieu à des échanges sur les moyens qu'eux-mêmes ont expérimentés.

Pendant la dernière session préclinique, les ateliers visent cette fois à préparer les étudiants à leurs stages cliniques et à l'externat. Les objectifs en sont de connaître les risques inhérents à certains traits de la personnalité du médecin (traits de personnalité obsessionnelle, entre autres) et d'autre part les pièges de la médecine (les exigences quasi infinies des soins à prodiguer) afin d'apprendre à composer avec ces deux variables. L'objectif est d'amener des attentes réalistes face à la formation et à la pratique médicale et d'explorer les émotions générées par les situations d'apprentissage ou de pratique.

Au cours de ces années de fonctionnement, les aspects suivants ont été spontanément amenés : le fait que l'on n'ose partager ses difficultés de peur d'être jugé comme plus faible, la culpabilité de s'offrir du temps en dehors de la médecine, la peur démesurée de l'erreur, le besoin d'être hyper-responsable face à ses patients et à sa pratique future, la difficulté de se faire confiance dans certaines situations. Il y a aussi régulièrement des discussions sur les mythes que les étudiants considèrent entretenus par leur formation à la faculté de médecine, tels se faire croire que l'on peut tout guérir, qu'on ne doit jamais se tromper en médecine. Les étudiants ont aussi l'occasion dans ces ateliers d'exposer leurs peurs face à leurs premières expériences médicales, peurs qui ont trait tout autant aux patients, tellement différents du livre dans leur diversité et leur interaction, qu'à leur patron médecin à qui ils attribuent un grand pouvoir et dont ils craignent le jugement.

Le réseau d'entraide

Le réseau d'entraide est constitué d'une quinzaine d'étudiants en médecine, appelés étudiants relais, qui ont été choisis par leurs pairs. Ce réseau a pu être mis sur pied grâce à la collaboration des étudiants eux-mêmes et du Programme d'Aide aux Médecins du Québec (P.A.M.Q.) Quatre étudiants en moyenne sont choisis à la fin de leur première année et pourront jouer leur rôle tout au long de leur formation s'ils le souhaitent, s'ajoutant aux étudiants déjà membres du réseau. Ils reçoivent une formation de 4 heures visant à les habiliter à jouer leur rôle. Ces étudiants ne sont pas des thérapeutes, mais bien des « relais » dans le processus de demande d'aide de leurs collègues. Ayant vécu les mêmes expériences, ils représentent des sources d'identification possible pour les étudiants aux prises avec des difficultés et sont facilement accessibles. Leur rôle est clairement délimité :

- 1) donner de l'information aux étudiants en quête de renseignements
- 2) écouter avec empathie et offrir un support temporaire à un collègue en difficulté

3) orienter si nécessaire ce collègue vers la ressource appropriée et le mobiliser dans ses démarches

4) dépister un collègue en difficulté.

La formation qui leur est donnée aborde les différents problèmes présentés par les étudiants en médecine, précise leur rôle comme **étudiant relais**, décrit les ressources disponibles et, à travers des jeux de rôle, les expose aux éléments de base de la relation d'aide. La publicité et la visibilité sont des éléments très importants pour un fonctionnement efficace d'un tel réseau et les occasions pour les étudiants relais de se manifester, sont multipliées. À chaque année, des dépliants comportant les coordonnées de même que certaines caractéristiques personnelles des étudiants relais (région d'origine, statut marital, parcours particulier...) sont distribués à tous les étudiants de médecine. Les étudiants relais ont aussi une liste, mise à jour annuellement, des ressources rapidement disponibles pour des étudiants en médecine présentant des problèmes : médecins de famille, psychologues, psychiatres, conseillers en orientation, centres de crise. De plus, les étudiants-relais savent qu'ils peuvent compter sur l'aide de la responsable du Bureau des affaires étudiantes devant une situation qui les inquiète, qu'ils ne savent comment gérer ou dont ils ont tout simplement besoin de parler. Naturellement, le respect de la confidentialité est une règle d'or du fonctionnement du réseau d'aide, d'où également une grande souplesse : les étudiants qui font appel au réseau peuvent le faire anonymement ou non, par téléphone, par rencontre planifiée.

La semaine de prévention

La semaine de prévention des effets secondaires de la médecine, sous la responsabilité des étudiants du réseau d'aide, s'organise chaque automne. L'objectif est de sensibiliser tous les étudiants en médecine à l'importance de mener une vie saine et équilibrée. Toute la semaine, des activités sont organisées : conférences sur des thèmes pertinents, témoignages (un médecin malade, la vie de famille d'un médecin...), séances de relaxation, de massage, ciné-midi, rencontres sociales, etc. (28)

Les retombées d'un tel programme de prévention primaire sont difficiles à mesurer. À chacune des activités, les étudiants doivent remplir une fiche d'évaluation et au fil des ans, leur appréciation du programme est toujours demeurée excellente. Mais une augmentation des demandes de consultation au programme d'intervention du Bureau des affaires étudiantes a été

relevée dans cette université. Cette appréciation positive du programme ne reflète donc pas que les problèmes vécus par les étudiants aient été résolus.

b. Le programme d'aide de la faculté de médecine de Poitiers

Aucune stratégie de prévention coordonnée n'existe à ce jour. Cependant des **initiatives locales** sont en cours d'élaboration pour répondre aux difficultés des étudiants en santé. Les facultés de Paris Descartes et de Poitiers ont lancé des programmes de lutte contre le burn-out et de promotion de la santé. Le projet Come In a été initié par le professeur Virginie Migeot, chef du service de santé publique du CHU de Poitiers et responsable de l'enseignement de la santé publique à la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers. Come In signifie Comité interface étudiants enseignants en réponse aux besoins croissants des étudiants en difficulté de parcours ou d'orientation. Le programme Come In comporte trois axes : **favoriser le bien-être des étudiants** en créant un environnement propice à leur développement ; **favoriser la motivation** par l'information, le co-développement et le temps partagé ; **accompagner les étudiants** en difficulté par des **interventions individuelles ou collectives**. Pour Virginie Migeot, il est indispensable de faire de la faculté de médecine un lieu de vie agréable « dans lequel vont grandir les étudiants pendant plusieurs années ». (29)

Il existe donc des programmes d'aides au **niveau local** dans les facultés de médecine, mais on pourrait se poser la question de leur faisabilité dans les autres secteurs de la santé. Il faut noter également que de tels ateliers ne peuvent pas se maintenir avec les restrictions sanitaires et les confinements successifs liés à la pandémie mondiale COVID-19.

PARTIE III : L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19 SUR L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

En mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré la pandémie mondiale de COVID-19. Le 16 mars 2020, le gouvernement français a annoncé un confinement à l'échelle nationale, entraînant la fermeture complète de toutes les écoles et universités. Les universités doivent établir en urgence une continuité pédagogique basée sur l'enseignement à distance. Le 11 mai 2020, la première levée des restrictions a commencé à travers la France. Cependant, les universités françaises sont restées fermées aux étudiants jusqu'à la fin de l'année universitaire, ce qui a conduit à un recours massif aux évaluations à distance. En septembre 2020, les universités sont réouvertes aux étudiants, suivie d'une reprise partielle des enseignements en présentiel sur les campus universitaires, mais avec de nouvelles restrictions (nombre réduit d'étudiants accueillis, port du masque obligatoire). Cependant, dès octobre, un certain nombre d'universités françaises ont été fermées en raison d'une hausse des contaminations. Le 30 octobre 2020, le gouvernement français a annoncé un deuxième confinement, obligeant à nouveau les universités à recourir quasi exclusivement à l'enseignement à distance, à l'exception de certains cours pratiques autorisés par le recteur. Le 15 décembre 2020 la levée du deuxième confinement commence. Cependant, jusqu'en février 2021, les universités françaises sont autorisées à accueillir à nouveau des étudiants, mais avec une capacité très limitée (jusqu'à 20 % des effectifs). (30)

Nous verrons dans cette partie, les impacts des confinements successifs sur la santé mentale des étudiants en France.

A. Étude sur la santé mentale des étudiants français pendant la pandémie de Covid-19 menée par l'université de Lorraine et publiée en décembre 2020

Cette étude menée par l'université de Lorraine et publiée en décembre 2020 évalue l'impact du Covid-19 sur la santé mentale de 8004 étudiants français dans l'Est de la France, qui a été la première et la plus durement touchée par la pandémie de Covid-19. Il s'agit de la plus grande étude menée sur la santé mentale des étudiants pendant la pandémie. Les résultats de cette étude montrent que les étudiants souffrent d'un niveau particulièrement élevé d'anxiété, de

dépression et de détresse. Une proportion importante d'étudiants pourrait avoir besoin d'un soutien psychologique, notamment parce que les scores de détresse élevés suggèrent que l'épidémie et le confinement ont favorisé l'apparition de **symptômes de stress post-traumatique**.

Suite à la pandémie de Covid-19, la population française a été confinée à partir du 17 mars 2020 pendant près de deux mois et le nombre total de décès a été de plus de 30 265 sur 187 919 cas confirmés (au 3 août 2020) en France. Il semble essentiel de comprendre les effets de cette situation sur la santé psychologique, notamment sur les étudiants qui sont généralement considérés comme une population à risque du point de vue de la santé mentale (31) . Une recherche auprès des étudiants de l'Université de Lorraine a été menée - la troisième plus grande université française. Cette étude a été plus précisément menée du 27 avril au 30 avril, soit 10 jours après le pic du taux de mortalité lors de la pandémie en France.

Pour cette étude, une enquête en ligne a été envoyée par mail, via Lime Survey, aux 59 931 étudiants de l'Université de Lorraine. Les données recueillies portaient sur le sexe, le logement (seul ou à plusieurs), les symptômes du Covid-19 (avec ou sans diagnostic), la situation financière (avec ou sans bourse) et le travail. Trois échelles de santé mentale, préalablement validées en français, ont été utilisées pour mesurer le niveau de dépression (Patient Health Questionnaire, PHQ-9 ≥ 10), d'anxiété (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7 ≥ 7) et de détresse (Impact of Event Scale- Révisé, IES-R ≥ 26). PHQ-9 et GAD-7 ont été choisis car ils sont les plus largement utilisés dans les soins primaires et la détection des symptômes (32) (33) (34) tandis que le L'IES-R est un questionnaire facilement auto-administré très fréquemment utilisé pour évaluer les symptômes post-traumatiques. Des régressions logistiques ont été utilisées pour analyser les résultats avec le logiciel R (3.6.3) et sont présentées sous forme d'odd-ratios (OR) avec un intervalle de confiance à 95 %. Cette étude a été labellisée par l'Université de Lorraine et est enregistrée sous le numéro 2020-115.

L'âge (21,7 ans), le sexe (67,47 % de femmes) et le taux de bourses (40,8 %) montrent que les 8 004 étudiants qui ont répondu (13,36 % des étudiants) sont représentatifs de l'ensemble de la population universitaire. 14% des étudiants vivaient seuls pendant la période de confinement et 16,6% d'entre eux exerçaient une activité salariée. Concernant le Covid-19, 24,13% des étudiants ont déclaré avoir été en contact avec une personne atteinte du virus, 15,77% des

étudiants ont rapporté des symptômes et 2,89% ont eu ce diagnostic confirmé par un médecin. En matière de santé mentale, au moment de l'enquête, 43% des étudiants souffraient de dépression (6,96% de niveau sévère), 39,19% souffraient d'anxiété (20,7% de niveau sévère) et 42,94% de détresse (16,09% de niveau sévère). Les scores des femmes étaient significativement plus élevés que ceux des hommes sur les mesures de dépression [1,64 (1,44-1,86)], d'anxiété [2,22 (2,01-2,46)] et de détresse [2,23 (2,02) -2,46)]. Les élèves en contact avec des personnes infectées par le Covid-19 avaient également des scores plus élevés sur la dépression [1,36 (1,23-1,51)], l'anxiété [1,31 (1,18-1,45)] et la détresse [1,36 (1,23-1,51)]. De même, les étudiants diagnostiqués avec Covid-19 avaient des scores plus élevés sur la dépression [1,64 (1,26-2,13)], l'anxiété [1,96 (1,51-2,56)] et la détresse [1,77 (1,35-2,30)]. Les étudiants souffrant d'insécurité financière avaient également des scores plus élevés pour la dépression [1,33 (1,22-1,46)], l'anxiété [1,32 (1,20-1,44)] et la détresse [1,25 (1,14-1,37)], tandis que le fait de vivre seul était également associé à un score de dépression plus élevé [1,64 (1,44-1,86)]. En revanche, entreprendre un travail était lié à des scores plus faibles sur la dépression [0,68 (0,61-0,77)], l'anxiété [0,74 (0,65-0,84)] et la détresse [0,75 (0,66-0,84)] (Figure 10). Les mesures des symptômes d'anxiété et de dépression étaient fortement corrélées ($p = 0,735$; $P < 0,001$), ainsi que l'anxiété et le stress ($p = 0,757$; $P < 0,001$) et la dépression et le stress ($p = 0,691$; $P < 0,001$). Le fait d'être en emploi était faiblement mais négativement corrélé à la dépression ($p = -0,147$; $P < 0,001$), l'anxiété ($p = -0,156$; $P < 0,001$) et le stress ($p = -0,146$; $P < 0,001$). Il n'y avait pas d'autres corrélations significatives entre les différentes variables.

Odd-Ratio and identification of risk for mental health by logistic regression.

	DEPRESSION (PHQ-9)			ANXIETY (GAD-7)			DISTRESS (IES-R)		
	Affected / No affected	Odds-ratio (95%IC)	P-value	Affected / No affected	Odds-ratio (95%IC)	P-value	Affected / No affected	Odds-ratio (95%IC)	P-value
SEX									
MALE	899/1705	1*		702/1902	1*		785/1819	1*	
FEMALE	2543/2857	1,69 (1,53-1,85)	P< 0.001	2435/2965	2,22 (2,01-2,46)	P< 0.001	2652/2748	2,23 (2,02-2,46)	P< 0.001
LIVE ALONE									
NO	2840 /4041	1*		2669/4212	1*		2896/3985	1*	
YES	602/521	1,64 (1,44-1,86)	P< 0.001	468/655	1,12 (0,99-1,28)	0.07	541/582	1,28 (1,12-1,45)	P< 0.001
COVID SYMPTOMS									
NO SYMPTOMS	2871/4102	1*		2603/4370	1*		3306/4467	1*	
SYMPTOMS NOT CONFIRMED	571/460	1,77 (1,55-2,02)	P< 0.001	497/534	1,80 (1,58-2,05)	P< 0.001	459/572	1,78 (1,57-2,04)	P< 0.001
SYMPTOMS CONFIRMED BY MD	127/104	1,64 (1,26-2,13)	P< 0.001	103/128	1,96 (1,51-2,56)	P< 0.001	100/131	1,77 (1,35-2,30)	P< 0.001
COVID CONTACT									
NO	2499/3574	1*		2285/3788	1*		942/989	1*	
YES	943/988	1,36 (1,23-1,51)	P< 0.001	852/1079	1,31(1,18-1,45)	P< 0.001	2495/3578	1,36 (1,23-1,51)	P< 0.001
PRECARIOUS FINANCIAL SITUATION									
NO	1899/2836	1*		1727/3008	1*		1926/2809	1*	
YES	1543/1726	1,33 (1,22-1,46)	P< 0.001	1410/1859	1,32 (1,20-1,44)	P< 0.001	1511/1758	1,25 (1,14-1,37)	P< 0.001
HOUSING									
HOUSE	1898/2938	1*		1790/3046	1*		1950/2886	1*	
APARTMENT	1544/1624	1,47 (1,34-1,61)	P< 0.001	1347/1821	1,26 (1,15-1,38)	P< 0.001	1487/1681	1,31 (1,20-1,43)	P< 0.001
WORKING									
NO	2970/3703	1*		2691/3982	1*		2942/3731	1*	
YES	472/859	0,68 (0,61-0,77)	P< 0.001	445/885	0,74 (0,65-0,84)	P< 0.001	495/836	0,75 (0,66-0,84)	P< 0.001

Figure 10 : Résultats de l'étude sur la santé mentale des étudiants français pendant la pandémie de Covid-19 (39)

D'après les résultats, environ 3 % des étudiants ont été diagnostiqués avec le Covid-19 et près de 12 % ont développé des symptômes de la maladie, ce qui corrobore les résultats épidémiologiques récents (35). Les scores de dépression (43 %), d'anxiété (39,19 %) et de détresse (42,94 %) étaient beaucoup **plus élevés que ceux normalement observés dans la population étudiante** (36) (37). Plus précisément, être une femme, vivre seul, dans une situation financière précaire et avoir été en contact avec des personnes ayant contracté le Covid-19 a augmenté significativement les niveaux de dépression, d'anxiété et de détresse. A noter également que 47,2% des élèves rapportent des difficultés de concentration et 14,86% rapportent des automutilations ou des pensées suicidaires. À l'inverse, le travail apparaît comme protecteur pour ces états. Enfin, être infecté par le Covid-19 augmente fortement les scores de dépression, d'anxiété et de détresse, ce qui souligne **l'impact psychologique du Covid-19 sur la population**. Cette étude présente néanmoins plusieurs limites. Premièrement, elle a été menée pendant **seulement quatre jours et manquait d'un suivi longitudinal**. Par conséquent, l'impact psychologique à long terme du Covid-19 sur la population étudiante mériterait une étude plus approfondie. Deuxièmement, bien que le taux de réponse de cette étude ait été de 13,36 %, un biais de réponse est possible si, par exemple, les non-répondants étaient trop stressés – ou au contraire pas assez stressés – pour être intéressés à participer à l'étude.

Une proportion importante d'étudiants a donc probablement eu besoin d'un soutien psychologique pendant la pandémie de Covid-19, notamment parce que les scores de détresse

élevés suggèrent que le virus et le confinement ont favorisé l'émergence de **symptômes de stress post-traumatique** (38) . Les différents indicateurs mis en évidence dans cette étude pourraient guider la détection et l'accompagnement des élèves les plus à risque dans ce type de situation. Des études futures pourront évaluer l'évolution de ces indicateurs après la pandémie et évaluer l'impact des soins mis en place pour aider les étudiants. (39)

B. Enquête de L'Observatoire national de la vie étudiante sur les conditions de vie des étudiants pendant la crise sanitaire publiée en septembre 2020

L'enquête de l'Observatoire national de la vie étudiante sur le ressenti des étudiants lors de leur première période de confinement a porté sur les thèmes suivants :

- Logement : évolution des conditions de logement, lieu de résidence ;
- Activités rémunérées : continuité ou perte d'emploi rémunéré, montant estimatif de la perte de revenu, emplois d'été, difficultés financières : postes budgétaires touchés, aide financière ou matérielle spéciale;
- Santé : santé mentale, accès aux services médicaux, alimentation, alcool ;
- Continuité pédagogique : conditions d'études, stages, examens ;
- Débouchés : Positionnement, mobilité internationale, insertion professionnelle.

Suite à l'annonce par le Président de la République le samedi 14 mars 2020 de la fermeture de tous les établissements d'enseignement, les étudiants ont connu des changements importants de leurs conditions de vie. En effet, la fermeture des établissements d'enseignement supérieur nécessite la mise en place de nouvelles formes d'enseignement et d'évaluation. Les services universitaires (bibliothèques, restaurant universitaire etc.) bouleversent également le mode de vie et de socialisation des étudiants. Les fermetures de sites pour la plupart des entreprises peuvent affecter les emplois des étudiants. Les projets de stages ont été affecté : la fermeture des frontières a entravé les programmes de mobilité internationale. Prolonger les mesures de

confinement jusqu'au 11 mai et ne pas rouvrir les établissements d'enseignement avant la rentrée scolaire en septembre a créé un impact mondial sur les parcours des étudiants.

Les données de cette publication sont issues de l'enquête « La vie d'étudiants confinés » auprès des étudiants qui ont accepté de se reconnecter suite à l'enquête 2020 sur les conditions de vie. Au total, près de 45 000 étudiants étaient inscrits à l'Université au printemps 2020, et dans un grand établissement, en CPGE (classe préparatoire aux grandes écoles), écoles d'ingénieurs, de commerce, d'art et de culture, ont été sollicités. L'enquête nationale a été menée du 26 juin au 8 juillet 2020. Les étudiants sont contactés par e-mail pour participer à l'étude et les étudiants sont invités à répondre au questionnaire en ligne via un ordinateur, une tablette ou un smartphone. Afin d'assurer une meilleure représentativité de l'échantillon, les données brutes obtenues au cours de la période d'enquête ont été pondérées à l'aide des informations sur les inscriptions réelles dans les établissements recueillies par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Les résultats présentés dans cette enquête correspondent à une analyse de 6 130 questionnaires suffisamment complets.

L'enquête de l'Observatoire national de la vie étudiante sur le ressenti des étudiants pendant le confinement montre que la crise sanitaire a eu un **impact majeur sur leurs conditions de vie**. Beaucoup d'entre eux ont choisi de rejoindre leurs familles, et donc pour la plupart, bénéficient de plus d'aides et de conditions de logement généralement plus favorables. Cependant, le retour de cette forme de cohabitation forcée n'a pas empêché certains conflits ni même la nécessité de prendre en charge des proches malades, ce qui a pu perturber le suivi des cours. Durant cette période de confinement, les signes de détresse psychologique étaient généralement **plus élevés dans la population étudiante**, de même que la consommation d'alcool ou l'abandon des traitements. L'enseignement à distance mis en place par la plupart des établissements a révélé de nouvelles inégalités dans la population étudiante : avec le développement des cours en mode distanciel, la possession d'ordinateurs personnels, une bonne connexion internet ou encore un environnement calme. Tous ces changements ont un impact sur la réussite scolaire de ces étudiants. Les étudiants étrangers apparaissent comme les grands perdants de la crise sanitaire en raison de l'éloignement de leur famille et de conditions de vie et de travail plus précaires. La réduction des activités rémunérées, l'annulation ou le report de stages, ou l'interruption de la mobilité internationale ont également altéré le parcours des étudiants, fragilisant davantage les catégories les plus précaires. Ces changements soulèvent également des inquiétudes

particulièrement fortes pour les étudiants en fin de cursus, voire pour certains, de leur projet d'orientation. L'impact de la crise sanitaire, encore perceptible à la rentrée 2020, pourrait avoir des conséquences dans le temps sur la population estudiantine. (40)

C. Etude de l'Institut Pasteur et de Santé Publique France portant sur l'évaluation de l'impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes et publiée en janvier 2021

Près d'un tiers des étudiants ont montré des signes de détresse psychologique après leur premier confinement en avril 2020, selon une étude de l'**Observatoire national de la Vie Etudiante**. Cependant, aucune donnée sur la santé mentale des étudiants n'a été publiée à la suite du deuxième confinement qui a eu lieu en novembre 2020. Ainsi, une équipe de chercheurs de l'EHESP, de l'Institut Pasteur et du Ministère Français de la Santé publique a mené l'étude COVER pour évaluer **l'impact de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19** sur les étudiants rennais.

En décembre 2020, les étudiants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes ont donc pu répondre à un auto-questionnaire en ligne, ayant pour but d'évaluer leur santé mentale. Les résultats de cette enquête permettent de réévaluer les risques et les bénéfices des mesures affectant la vie des étudiants et d'inciter à agir pour prévenir les risques psychologiques de cette population.

L'étude visait à évaluer l'impact de la crise sanitaire en France jusqu'en novembre 2020 sur la santé mentale des étudiants à travers différents indicateurs : détresse psychologique, soutien social, solitude, symptômes dépressifs et symptômes anxieux. Elle s'appuie sur des données collectées dans le cadre de **l'enquête longitudinale COVER**, qui aborde plus largement les facteurs de risque et les comportements des étudiants de Rennes face à la pandémie de Covid-19.

Parmi les étudiants interrogés, **784** ont répondu au questionnaire. **60,3 % des étudiants présentaient des signes de détresse psychologique**. Un étudiant sur cinq souffre de dépression et 37,7% souffrent d'anxiété. Plus d'un étudiant sur deux a déclaré se sentir isolé et près d'un

quart manquait de soutien social. Les femmes sont plus à risque de détresse psychologique et de troubles anxieux que les hommes.

De plus, les étudiants rencontrant des difficultés financières, ayant un faible soutien social, des problèmes de santé ou isolés étaient plus susceptibles d'éprouver de la détresse psychologique et de l'anxiété ou de la dépression.

La prévalence estimée de détresse psychologique, de dépression et d'anxiété est préoccupante au sein de la population étudiante, déjà vulnérable. Les symptômes et signes identifiés peuvent être temporaires, ne reflétant que l'état mental de l'étudiant dans le mois précédant la réponse au questionnaire, sans poser de diagnostic clinique. Cependant, ces résultats encouragent la **mise en place d'actions de prévention des risques psychologiques**, telles que des plateformes d'écoute, le développement de l'entraide entre les étudiants, ou la mise en place de mesures préventives permettant la reprise des cours en présentiel. (41)

D. Enquête Bien-Être, publiée par l'Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France (ANEPF) en février 2020

Les données suivantes sont issues de l'enquête Bien-Être publiée par l'Association nationale des étudiants en pharmacie (ANEPF) en février 2020. En octobre 2019, sur 33 000 étudiants 2 222 étudiants en pharmacie ont répondu.

D'après cette étude, 44,28 % des étudiants dans un état dépressif léger; 21,92 % étaient modérément déprimés et 6,25 % étaient dans une dépression sévère. Concernant l'utilisation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs : 18,68% des étudiants en pharmacie ont indiqué en avoir pris pendant leurs études.

76,24% des étudiants interrogés déclarent "être en souffrance à cause de leurs études". La cause de ce mal-être était liée : à 56,08% aux conditions d'études, à 19,89% au mode de formation, à 14,90% aux problèmes administratifs et à 9,27% aux conditions de stage.

Pour l'ANEPF, le modèle de formation doit "continuer à évoluer pour que les étudiants terminent leurs cursus dans le meilleur environnement possible".

L'étude a également noté que 19,49% des étudiants en pharmacie avaient été victimes de discrimination, de rabaissement par les autres, de harcèlement, d'agression verbale ou physique. Selon l'enquête, 43,42% des discriminations ou agressions ont été commises par des membres du corps professoral ; 22,40% ont été commises par des encadrants pendant le stage.

Parmi les étudiants qui ont vécu ces situations, seuls 47,58 % ont bénéficié d'un accompagnement : 10,68 % se sont tournés vers l'accompagnement universitaire. La plupart (82,52%) étaient soutenus par des membres de la famille ou des proches. L'ANEPF précise que ce soutien provient à 67,48% d'autres étudiants et à 1,94% de professionnels extérieurs à l'université. "En attendant qu'un système de soutien universitaire soit développé, les superviseurs doivent être formés et encadrés pour arrêter ces situations et permettre à tous les étudiants en pharmacie de bénéficier d'un cadre qui leur permet de s'épanouir", a partagé le corps étudiant.

Les étudiants ont également critiqué la qualité des services administratifs, citant des problèmes de disponibilité et d'efficacité. Ces derniers sont ouverts durant la période horaire correspondant au cours. Ils ont également condamné les erreurs et les retards dans la publication des horaires et des résultats des examens. L'ANEPF souligne : "De nombreux facteurs qui créent un stress supplémentaire pour les étudiants peuvent facilement être évités grâce à une meilleure administration et à une formation plus approfondie du personnel".

Face à leur malaise, les futurs pharmaciens ne sont pas seuls. 18,54% d'entre eux avaient déjà consulté un accompagnement médical ou psychologique. Mais seulement 27,43% se sont tournés vers des professionnels affiliés à l'université, notamment le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS), le Centre de Soins Universitaire (CSU) ou les Services de Santé Universitaire (SSU).

Selon l'ANEPF, ce chiffre montre que les étudiants **méconnaissent les services de santé dispensés par l'université**, notamment la santé mentale. Une campagne de sensibilisation plus large est nécessaire pour démocratiser ces lieux de soins et les rendre économiquement et géographiquement accessibles à tous les étudiants afin de bénéficier du meilleur suivi.

Face à cette situation, de nouvelles actions ont été mises en place, comme la mise en place de Centres Nationaux d'Appui (CNA). La structure nationale de coordination a été lancée le 15

juillet par la ministre de l'Enseignement supérieur, Frédérique Vidal, et la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, pour améliorer la qualité de vie des étudiants en bonne santé.

En particulier, les CNA doivent élaborer des recommandations et faciliter l'échange des meilleures pratiques. Cependant, encore faut-il doter les structures de moyens financiers adéquats pour mener à bien ces actions, a expliqué l'ANEPF. Une importante communication sur les structures universitaires d'accompagnement psychologique doit également être envisagée afin de démocratiser ces institutions encore mal connues des étudiants. (42)

E. Étude de cas cliniques

Au cours de la rédaction de cette thèse, j'ai eu l'occasion d'échanger avec 4 étudiants en santé qui ont accepté de témoigner sur les répercussions de la pandémie mondiale et des confinements successifs sur leur état de santé psychique. Le formulaire envoyé aux étudiants ayant servi de support de discussion est en annexe 3.

Un étudiant en Faculté de pharmacie, 4^{ème} année, Industrie

Une étudiante en Faculté pharmacie de Montpellier, 4^{ème} année, Officine

Une étudiante en Faculté de pharmacie de Marseille, 5^{ème} année, Industrie

Une étudiante en Faculté d'odontologie de Nice, en cours de rédaction de thèse.

100% des sujets ont déclaré qu'ils aimaient leurs études.

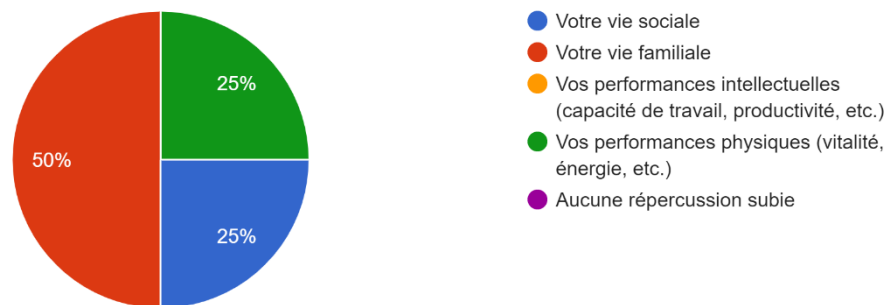


Figure 11 : Résultats du formulaire

50% d'entre eux déclarent que les confinements ont eu des répercussions sur leur vie familiale.

25% d'entre eux ont ressenti un impact sur leur vie sociale.

Et 25% ont vu leur performance physique se dégrader.

« J'ai ressenti des répercussions sur ma vie sociale. Lorsque les examens approchent, je me concentrais uniquement sur les révisions. Tout le reste devient une perte de temps »

100% d'entre eux ont déclaré avoir déjà souffert d'une dépression, ou d'un burnout pendant leurs études, mais aucun n'a consulté un professionnel de santé.

PARTIE IV : DISCUSSION

A. Rapport de l'Académie nationale de médecine de 2016

Le rapport de l'Académie nationale de médecine mentionne le **MBI comme l'outil d'évaluation le plus couramment utilisé** pour **mesurer la gravité du burnout**, avec des réserves quant à sa construction car la méthode de définition de l'entité de burnout **naît de l'outil de mesure**, et non l'inverse. La première échelle de mesure a été développée à partir d'entretiens approfondis avec des personnes épuisées émotionnellement par leur travail. Ensuite, l'analyse statistique des résultats obtenus a mis en évidence trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et diminution de l'accomplissement personnel) qui ont été prises en compte lors de la construction de la seconde échelle. Ainsi, si ces trois dimensions restent la référence pour les méthodes d'évaluation du burnout, le consensus est loin d'être unanime. Le surinvestissement et « l'addiction au travail » sont parfois cités pour caractériser l'épuisement professionnel. Le rapport rappelle que, selon certains auteurs, le burnout peut être **défini uniquement par la dimension de l'épuisement émotionnel**. La traduction française du mot "burnout" en "épuisement" va dans ce sens. La place de la réduction de l'accomplissement personnel ou d'une efficacité professionnelle réduite dans le syndrome de burnout est de plus en plus questionnée. La dimension « **réduction de l'accomplissement personnel** » va intervenir dans **l'étiologie** du burn-out, mais ne doit pas être considérée comme une dimension du syndrome. Cela laisse deux dimensions au syndrome d'épuisement professionnel : **l'épuisement émotionnel** et la **dépersonnalisation**.

De plus, ce rapport averti que le score établi pour chaque dimension évaluée avec le MBI a un seuil spécifique pour chaque pays (faible, moyen, élevé) (43). Ensuite, ces instruments de mesure sont standardisés, car ces auto-évaluations définissent la survenue de la maladie sur la base de seuils statistiques, indépendants de la sévérité clinique des symptômes. Enfin le rapport cite d'autres questionnaires qui explorent d'autres dimensions du burnout tels que : le Copenhagen Burnout Inventory (CBI), le Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), le Burnout Measure de Pines (BM) et le Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM) en soulignant qu'aucun de ces outils n'est un outil de diagnostic. (44)

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) ou le Copenhagen Burnout Inventory (CBI), comme d'autres questionnaires, peuvent évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais ils ne

sont pas conçus comme des outils d'évaluation distincts. Ils peuvent être utilisés comme un outil pour **guider les entretiens avec les patients**. (27)

B. Méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI

L'objectif de cette étude était de vérifier l'hypothèse de travail selon laquelle les sous-échelles du Maslach Burnout Inventory telles que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation n'étaient pas corrélées avec celle de l'accomplissement personnel. Pour cela, une méta-analyse (n = 12 112) de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument Maslach Burnout Inventory (MBI) a été réalisée. Cette étude montre deux éléments :

- une homogénéité des études incluses concernant le fait que les sous-échelles de mesure de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation sont toujours corrélées positivement ;
- une hétérogénéité des études incluses concernant le fait que l'accomplissement personnel soit corrélé avec l'une ou l'autre des sous-échelles de l'outil MBI. Cette étude valide l'hypothèse de travail. (45)

C. Revues de la littérature évaluant la cohérence entre les résultats du MBI et les symptômes/ difficultés psychosociales des patients en burnout

Un article publié par Sabriego en 2015 (46) a évalué la corrélation entre les résultats déclarés à l'aide d'un outil de mesure de l'épuisement professionnel validé et les symptômes et/ou les difficultés psychosociales des patients en épuisement professionnel. Les résultats rapportés mesurent des aspects spécifiques (symptômes souvent associés au fonctionnement psychologique), et les difficultés psychosociales, en particulier celles rencontrées au quotidien, ne sont pas adéquatement reflétées dans ces résultats. Les auteurs concluent qu'une recherche qualitative doit être menée et soulignent que les facteurs environnementaux sont des déterminants importants : ils ne préconisent pas le développement de nouveaux outils, mais plutôt des compléments à ceux existants. (27)

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Question	Critères de jugement	Résultats et signification
Sabariego <i>et al.</i> 2015 (61)	Deux revues systématiques : (1) l'une sur les résultats déclarés par le patient validés pour mesurer le <i>burnout</i> , (2) l'autre sur les symptômes et difficultés psychosociales des patients en <i>burnout</i> . MEDLINE et PsycINFO 2002-2012	Un évaluateur (et un 2 ^e pour 20% des publications) Exclusion des études de cas, revues, études psychométriques et ouvrages. Pas de limites sur la population en termes d'âge, de sexe ou de profession	Chevauchement entre les résultats déclarés (par des outils validés de mesure du <i>burnout</i>) et les symptômes/difficultés psychosociales des patients en <i>burnout</i>	Catégories de l'ICF(*) : aspects corporels (attention, mémoire, sommeil, pression artérielle, etc.) et activité/participation (résolution de problème, prise de décision, interactions interpersonnelles, etc.)	(1) 383 études incluses / 894 identifiées, conduisant à mettre en évidence 19 résultats déclarés et validés pour mesurer le <i>burnout</i> (2) Sept études incluses sur 409 identifiées <u>Limites</u> : manque la base spécifique aux infirmières, nombre d'outils de mesure du <i>burnout</i> limité.

Figure 12 : Revues de la littérature évaluant la cohérence entre les résultats du MBI et les symptômes des patients en *burnout* - *International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2021)* (27)

L'analyse et la synthèse de la littérature confirment que le **Maslach Burnout Inventory (MBI)** est le questionnaire **le plus utilisé aujourd'hui**. Cependant, des réserves sont émises quant à sa généralisation à différentes populations, l'utilisation du MBI devant toujours tenir compte des caractéristiques des échantillons utilisés afin de conserver une fiabilité spécifique pour chaque dimension. Le MBI permet d'identifier **au niveau collectif** le phénomène de dégradation du rapport subjectif au travail, et de revenir aux difficultés que rencontrent les travailleurs dans leur environnement professionnel.

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) permet d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais il n'a pas été construit comme un outil d'évaluation individuelle. Il peut être utilisé comme un outil **pour guider les entretiens avec les patients**. Le repérage individuel repose sur une série d'arguments, dont une analyse systémique : des manifestations cliniques, des conditions de travail de de facteurs individuels prédisposants. (27)

CONCLUSION

Le burnout, par définition, est un phénomène professionnel. Nous avons pu voir à l'issue de ce travail, que ce syndrome est existant au-delà de la sphère professionnelle, puisqu'il touche également les étudiants.

Dans la seconde partie, nous avons étudié les moyens d'évaluation et de prise en charge du burnout chez les étudiants. Nous avons abordé l'importance de maintenir une vie sociale, en prenant suffisamment de temps avec sa sphère proche (famille, amis etc.), de veiller à sa santé physique et psychique (check-up médical, bonne alimentation, sport, détente etc.), d'être en accord avec sa philosophie de vie et de sortir de son isolement. Il est aussi nécessaire de définir son style de travail (priorités, valeurs, horaires, planifications etc.) afin de retrouver sa source d'épanouissement professionnel, de participer à des groupes de parole et d'apprendre à communiquer (verbalisation des conflits, clarification des difficultés etc.).

Aussi, nous avons vu, au travers des différentes enquêtes et études menées sur des étudiants, que la crise sanitaire COVID-19 a eu des répercussions considérables sur l'état psychologique des étudiants, déjà fragilisé avant les restrictions sanitaires imposées par le gouvernement.

Enfin, les outils permettant l'évaluation du burnout chez les étudiants ne sont pas validés scientifiquement. Bien que le MBI soit un très bon support d'entretien pour les médecins, les résultats des études qui utilisent cet outil peuvent être remis en question.

BIBLIOGRAPHIE

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-65.
2. Nene Y, Tadi P. Resident Burnout. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553176/>
3. Maslach C, Leiter MP. Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel. Les Arènes; 2011. 270 p.
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(1):397-422.
5. Légeron P. Chapitre 11. Stress professionnel et pathologies mentales. In: Santé mentale et société [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 4 juill 2022]. p. 113-23. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-mentale-et-societe--9782100758968-p-113.htm>
6. Stresseurs [Internet]. CESH / CSHS. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/stresseurs/>
7. Burn-out an « occupational phenomenon »: International Classification of Diseases [Internet]. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
8. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
9. Delbrouck M, Corten P, Vénara P, Goulet F, Ladouceur R. Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles: De Boeck; 2011. (Oxalis).
10. Collange J, Tavani JL, Soula MC. Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1 févr 2013;74(1):35-43.
11. Canouï P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel : Un phénomène existentiel. In: *Le burn-out à l'hôpital* [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 1 juill 2022]. p. 40-3. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294745867000045>
12. Selye H. Stress and the General Adaptation Syndrome. *Br Med J*. 17 juin 1950;1(4667):1383-92.
13. Selye H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*. 1 juill 1936;138(3479):32-32.

14. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. janv 1979;37(1):1-11.
15. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. janv 1982;42(1):168-77.
16. Hystad SW, Eid J, Laberg JC, Johnsen BH, Bartone PT. Academic Stress and Health: Exploring the Moderating Role of Personality Hardiness. *Scandinavian Journal of Educational Research*. oct 2009;53(5):421-9.
17. Estryn-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2008. 386 p. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-et-satisfaction-des-soignants-au-travail--9782859529468.htm>
18. Pezé M. Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés : journal de la consultation Souffrance et travail 1997-2008 [Internet]. Flammarion; 2010 [cité 15 juill 2022]. | 1 vol. (X-214 p.); 18 x 11 cm. (Champs. Actuel). Disponible sur: <https://bibliotheques.paris.fr/cinema/doc/SYRACUSE/1043097/ils-ne-mouraient-pas-tous-mais-tous-etaient-frappes-journal-de-la-consultation-souffrance-et-travail>
19. Kains E, Piquard D. Le burn-out de l'étudiant en médecine (The burn-out of medical students) (*Revue Medicale de Bruxelles* (2011) 32, (424-430)). 1 sept 2011;32.
20. Burnout : un guide pour prévenir le syndrome d'épuisement professionnel | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.anact.fr/burnout-un-guide-pour-prevenir-le-syndrome-depuisement-professionnel>
21. Faye-Dumanget C, Carré J, Le Borgne M, Boudoukha PrAH. French validation of the Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2017;23(6):1247-51.
22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Third edition. In: *Evaluating stress: A book of resources*. Lanham, MD, US: Scarecrow Education; 1997. p. 191-218.
23. SIUMPPS - Service inter universitaire de médecine prévention et de promotion de la santé | Aix-Marseille Université [Internet]. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.univ-amu.fr/fr/public/siumpps-service-inter-universitaire-de-medecine-prevention-et-de-promotion-de-la-sante>
24. Santé Psy Étudiant [Internet]. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://santepsy.etudiant.gouv.fr/>
25. Terrasse S, C B, From L, Hashemi-Afrapoli Z, NEU D, Vandriette YM, et al. Lien entre burn-out et syndrome dépressif. *ACTA PSYCHIATRICA BELGICA*. 2012;(112(1)):19-25.
26. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*. 1 mars 2015;36:28-41.

27. rapport_elaboration_burnout.pdf [Internet]. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf
28. Delbrouck M. Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008. 284 p. (Oxalis; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-burn-out-du-soignant--9782804100995.htm>
29. Joyeux L. Etudiants en burn out : le programme d'aide de la faculté de médecine de Poitiers [Internet]. M-Soigner. [cité 14 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.m-soigner.com/vie-pro/collaborations-et-solidarit%C3%A9s/405-etudiants-en-burn-out-le-programme-d-aide-de-la-faculte-de-medecine-de-poitiers.html>
30. Charbonnier É, Le Vigouroux S, Goncalves A. Étudiants en temps de confinement et au-delà. *La Presse Médicale Formation*. 1 août 2021;2(3):267-72.
31. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 14 mars 2020;395(10227):912-20.
32. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 9 avr 2019;l1476.
33. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. *JAMA*. 10 nov 1999;282(18):1737-44.
34. Johnson SU, Ulvenes PG, Øktedalen T, Hoffart A. Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2019 [cité 23 oct 2022];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01713>
35. Salje H, Tran Kiem C, Lefrancq N, Courtejoie N, Bosetti P, Paireau J, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *Science*. 10 juill 2020;369(6500):208-11.
36. Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Soc Psychiat Epidemiol*. 1 févr 2010;45(2):189-99.
37. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*. 1 mars 2013;47(3):391-400.
38. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine*. 1 juin 2020;180(6):817-8.
39. Essadek A, Rabeyron T. Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 1 déc 2020;277:392-3.

40. La vie d'étudiant·e confiné·e [Internet]. OVE : Observatoire de la vie Étudiante. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.ove-national.education.fr/enquete/la-vie-detudiant-confine/>
41. Roux J, Lefort M, Bertin M, Padilla C, Mueller J, Garlantézec R, et al. Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes, France. :12.
42. Stress : plus de la moitié des étudiants en pharmacie ont déjà pensé à tout arrêter [Internet]. [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/stress-plus-de-la-moitie-des-etudiants-en-pharmacie-a-deja-pense-a-tout-arreter.html?fbclid=IwAR2oy78DL4oqKxyBz69GMJSRqzEdsx6VRNaTXGtTIBFc7YLTm4a21lwpd9E>
43. Truchot D. Épuisement professionnel (burnout). In: Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés [Internet]. Paris: Dunod; 2019. p. 190-4. (Univers Psy; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100801411-p-190.htm>
44. 26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>
45. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. 1 déc 2007;33(6):947-53.
46. Sabariego C, Oberhauser C, Posarac A, Bickenbach J, Kostanjsek N, Chatterji S, et al. Response to Madans et al. Comments on Sabariego et al. Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection Approaches on Disability Rates. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2015, 12, 10329-10351. *Int J Environ Res Public Health*. 22 déc 2015;13(1):ijerph13010066.

ANNEXES

ANNEXE 1 : MASLACH BUNOUT INVENTORY (ECHELLE MBI)

Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel: échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory)

Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel

QUESTIONS :

- 1 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
- 2 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
- 3 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
- 4 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent
- 5 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
- 6 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
- 7 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves
- 8 - Je sens que je craque à cause de mon travail
- 9 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
- 10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
- 11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
- 12 - Je me sens plein(e) d'énergie
- 13 - Je me sens frustré(e) par mon travail
- 14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
- 15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves

16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop

17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves

18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves

19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail

20 - Je me sens au bout du rouleau

21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes

RESULTATS:

Épuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

-total inférieur à 17: burn out bas

-total compris entre 18 et 29: burn out modéré

-total supérieur à 30: burn out élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

-total inférieur à 5: burn out bas

-total compris entre 6 et 11: burn out modéré

-total supérieur à 12: burn out élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

-total supérieur à 40: burn out bas

-total compris entre 34 et 39: burn out modéré

-total inférieur à 33: burn out élevé

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signent un épuisement professionnel

ANNEXE 2 : MESURES PREVENTIVES ANTI-BURN-OUT

« Il n’y a pas de solution durable si la personne en burnout n’accepte pas une remise en question de et une réflexion philosophique, psychologique et éthique de son mode de fonctionnement. »

Dr Michel Delbrouck

1. Au niveau du Moi personnel

A. Maintien et enrichissement de la vie affective

Vie de couple, famille, enfants, amis, etc.

Perception de ses désirs et de ses non-désirs

Perception de sa bulle ou son espace personnel et de ses limites

Respect de son intimité personnelle et familiale

B. Surveillance d’une bonne santé physique et psychique

Check up médical auprès d’un médecin traitant

Bon équilibre des sphères émotionnelle, corporelle, et sexuelle

Modération dans l’alimentation et les toxiques (tabac, alcool, médicaments, TV, ordinateur, internet, etc.)

Introspection, vie intrapsychique riche

Repos, détente, sport

Apprentissage à la verbalisation et à la gestion des conflits familiaux, amicaux, de couple, etc.

Elaboration de l’estime de soi et de l’affirmation de soi

Evaluation de son humeur (dépressive ou non)

Evaluation de ses scénarios ou de ses stratégies d’échecs ou de réussite

Correction de troubles psychologiques ou de la personnalité (psychothérapie si nécessaire)

Apprentissage à dire NON, à interrompre, à terminer, à diviser et à reporter

C. Elaboration de sa philosophie de vie

Système de valeurs, hiérarchie de valeurs, sens de la vie

Croyances, vie spirituelle

D. Sortir de l'isolement et de la solitude morale

Création d'un réseau de soutien (8 à 12 personnes ressources au minimum, à qui je puis téléphoner en cas de besoin).

2. Au niveau du Moi professionnel

A. Elaboration de sa philosophie de travail

Définition de son style de travail (priorités, affinités, spécificités, hiérarchie du système de valeurs professionnelles, etc.)

Expression de son cadre professionnel (information, horaires, équilibre entre disponibilité et abus, accessibilité et exigences, urgences, etc.)

Planification et anticipation des tâches et des arrêts de travail (agendas, absences, vacances, repos)

Intégration de son action dans un système plus vaste (réseau, équipe, associations, etc.)

Libération des introjections parentales et sociétales (coaching ou psychothérapie)

Stratégies de réussite et d'épanouissement professionnel

Libération du perfectionnisme et d'une volonté de toute puissance financière ou morale.

B. Maintien du goût du travail

Evaluation de ses choix professionnels

Travail en réseau et/ou en équipe

Travail collégial, partage des tâches, alliance

Evaluation des facteurs de stress (Echelles de stress)

Participation à des groupes de parole

Diversification des tâches

Introduction de jeunes collègues, renouvellement des membres de l'équipe

Collaboration avec des collègues

C. Amélioration des conditions de vie au travail

Organisation logistique (secrétariat, dossiers, logiciels performants, poste de travail sécurisé, ergonomique)

Aménagement du temps de travail (horaires, pauses, temps de récupération, etc.)

Evaluation des stratégies d'adaptation passives (fuite) ou actives (prise en main)

Rééquilibrage des activités à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise

Auto et hétéro-réévaluations positives régulières du travail

Recherche du soutien social

D. Apprentissage à la communication notamment avec les personnes difficiles

Techniques de communication (PNL : programmation neuro linguistique, empathie, reformulation, communication active, questions ouvertes ou fermées, linguistique, entretien motivationnel, etc.)

Refus de l'irrespect du client, du patient, de l'obligation de résultats mais pas de moyens.

Explications claires des difficultés rencontrées.

Mise à plat des conflits latents, ouverts ou potentiels (attitude pro-active)

Intérêt pour la gestion des personnalités difficiles et prise de conscience (Agressivité, manipulation, troubles de la personnalité, passage à l'acte, harcèlement etc.)

3. Au niveau de la profession

A. Conditions de travail

Améliorer le soutien aux travailleurs face à la charge émotionnelle liée au travail

Prévenir la surcharge au travail

Réduire les exigences physiques du travail

Mieux former et informer au sein des différents services dans l'entreprise

Limiter la crainte des erreurs

Modifier les horaires les plus incompatibles avec la vie personnelle

Promouvoir les perspectives de carrière pour tous les travailleurs

B. Défense de la profession

Organisations syndicales, professionnelles et ordinales

Insertion universitaire ou au niveau des grandes écoles ou de lieux de formation professionnelle de la spécificité de chaque profession

Conseil juridique disponible, jurisprudence

C. Acquisition d'avantages sociaux équivalents aux salariés

Droit à la retraite, pension

Droits au revenu garanti, à la sécurité sociale

D. Acquisition de droits spécifiques pour les femmes

Protection des grossesses et des maternités

Récupération rémunérée après un week-end de garde ou de voyage à l'étranger

Organisation des gardes d'enfants en dehors des heures de bureau

4. Au niveau du moi institutionnel

- A. Accent mis sur le travail d'équipe et la concertation
- B. Perfectionner la passation des informations
- C. Planifier le temps entre les équipes pour transmettre des informations avec un objectif défini
- D. Collaboration, accompagnement et proximité des encadrants
- E. Supervision et aide d'expertises extérieures, formations complémentaires
- F. Evaluer le besoin réel des ouvriers, employés, cadres
- G. Améliorer la sécurité du personnel
- H. Respect de la chronobiologie et compensation des pénibilités spécifiques

ANNEXE 3 : FORMULAIRE A DESTINATION DES ETUDIANTS EN SANTE

Avant de compléter ce formulaire, merci de renseigner :

Votre âge :

L'année du cycle universitaire en cours :

Votre établissement scolaire (*ex : faculté de médecine Aix-Marseille-Université*):

Votre filière (*si applicable*) :

1) Aimez-vous vos études ?

- Oui

- Non

Si vous avez répondu non, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

2) Combien de temps consacrez-vous à vos études (par semaine, en heures) :

- 30h-40h

- 40h-50h

- 50h-60h

- Plus de 60h

3) Que pensez-vous de vos conditions de travail actuelles ?

4) Vous sentez-vous valorisé dans vos études ?

- Oui

- Non

Si vous avez répondu non, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

5) Votre rythme de travail a-t-il des répercussions sur :

- Votre vie sociale,

- Votre vie familiale

- Vos performances professionnelles

- Aucune répercussion subie

Si vous avez répondu oui à l'un des 3 premiers items de cette question, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

6) Ressentez-vous un épuisement :

- Moral
- Physique
- Moral et physique
- Ni l'un ni l'autre

Si vous avez répondu oui à l'un des 3 premiers items de cette question, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

7) Quelles sont les raisons de cet épuisement ? Classez les par ordre d'importance de 1 à 4

	1	2	3	4
Organisation du travail (gardes et/ou évaluations récurrentes)				
Masse de travail (planning trop chargé)				
Comportement des patients				
Manque de reconnaissance				

8) Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'une dépression, ou d'un burn-out, liés à vos études ?

- Oui, et j'ai déjà été/ je suis sous anxiolytiques ou antidépresseurs
- Oui, mais je ne me traite pas encore
- Peut-être, mais je n'ai pas été diagnostiqué
- Tout va bien

Si vous avez répondu oui à l'un des 3 premiers items de cette question, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

9) Cette situation de burn-out a-t-elle déjà conduit à un incident médical de sécurité sur un patient ?

- Oui

- Non

Si vous avez répondu oui, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

10) Pensez-vous que la société est consciente de vos difficultés actuelles

- Pas du tout, nous sommes livrés à nous même

- En cours de prise de conscience

- Oui mais les moyens ne sont pas déployés

- Oui et les moyens sont déployés

11) Quel impact la crise sanitaire a eu sur vos conditions de vie en tant qu'étudiant?

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes Condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.