

Des données pour décider en médecine générale

Marc Dumoulin, Yves Le Noc, Gérard Bergua, Marie-Françoise Huez-Robert, Audrey Pousson, Anne-Claire Benoteau, Claude Scali, Elisabeth Chorrin-Cagnat, Eric Drahi, Bruno Favey

Comité de rédaction de Bibliomed. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

yveslenoc@icloud.com

Tirés à part : Y. Le Noc

Résumé

Les différentes manifestations du burnout, sa prévention et son contexte actuel soulignent l'épidémie silencieuse et le déni trop longtemps persistant de la profession médicale et des pouvoirs publics face à la souffrance au travail de certains soignants. Diverses initiatives et propositions de prévention voient le jour, souvent inspirées des expériences à l'étranger, la quasi-totalité des pays dans le monde étant touchée par ce problème, mais l'évolution législative réclamée n'est toujours pas au rendez-vous et le chemin à parcourir pour aider les médecins à rester en bonne santé ou à faire face à la maladie comme à la souffrance semble encore important.

Quelle est l'ampleur de ce problème chez les soignants ? Comment définir, repérer et évaluer le burnout ? De nombreuses publications apportent un éclairage sur cette souffrance liée au travail longtemps restée tabou.

• Mots clés

syndrome d'épuisement professionnel ; épidémiologie ; diagnostic ; prévention primaire ; prévention secondaire ; prise en charge du patient.

Abstract. Burnout of caregivers: how to put out the fire?

The various expressions of burnout, its prevention and its current context underline the silent epidemic and the long-standing denial of the medical profession and public authorities towards the suffering at work of some caregivers. Various initiatives and proposals of prevention are emerging, often inspired by experiments carried out abroad, almost all the countries in the world being affected by this problem. But the evolution of law which is required is yet not there and the way to go to help doctors stay healthy or cope

Burnout des soignants : comment éteindre l'incendie ?

Ces dossiers sont issus de textes publiés chaque semaine dans Bibliomed[®]. Actualisés si nécessaire en fonction des données les plus récentes, ils ne résultent pas d'une revue systématique de la littérature, mais d'une veille documentaire en continu des principales revues médicales publiant des études fondées sur les preuves, ou des recommandations en résultant. Ils ont pour ambition de fournir au médecin généraliste une actualisation des données sur les questions pertinentes pour leur pratique retenues par le comité de rédaction¹.

Une urgence à ne plus méconnaître

Une épidémie silencieuse

Depuis 2001 un nombre croissant de publications dénonce le déni qui a longtemps occulté la réalité.

En France les enquêtes de D.Truchot [1] et de E. Galam [2] des Unions Régionales des Médecins Libéraux montrent une incidence du burnout variant de 40 à 47 % de 2001 à 2003 en Bourgogne, en Poitou-Charentes et en Champagne-Ardenne et de 53 % en Ile-de-France en 2008.

En 2003, une étude à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins dont les résultats n'ont jamais été officiellement publiés [3] a suivi sur 5 ans 42 000 médecins actifs âgés de 30 à 65 ans. Pendant cette période l'incidence du suicide a été de 14 % et 5,4 % respectivement chez les médecins et dans la population générale soit un risque relatif (RR) de 2,37 avec une surreprésentation très nette des femmes et en particulier des psychiatres, des anesthésistes et des généralistes âgés en moyenne de 48,5 ans. Il n'y avait pas de différence évidente entre ruraux et urbains, libéraux et hospitaliers ni d'effet protecteur de l'appartenance à un groupe de FMC, ou à l'exercice en groupe. Cette étude a entraîné la création de l'Association d'Aide aux Praticiens Médicaux Libéraux (AAPML) qui a mis un numéro de téléphone d'écoute et d'aide à la disposition des médecins avec une moyenne de 130 appels par an.

En 2016 dans une méta-analyse [4] de 15 essais randomisés (716 médecins) et 37 études de cohorte (2914 médecins) visant à évaluer la marge de réduction possible du burnout chez les soignants par la prévention et des actions ciblées, les médecins inclus appartenant à diverses disciplines médicales et divers modes d'exercice, un épuisement professionnel était retrouvé chez 54 % des soignants dont 38 % avec un score élevé.

La National Academy of Medicine [5] révèle que chaque année aux États-Unis environ 400 médecins se suicident et que dans de nombreuses études dans un grand nombre de pays impliquant toutes les spécialités médicales et chirurgicales, y compris les étudiants en médecine, près d'un médecin sur trois éprouve un burnout à un moment donné de sa carrière professionnelle.

¹ Les questions auxquelles répond ce dossier peuvent être retrouvées dans *Bibliomed* n° 846 du 23 février 2017, 852 du 13 avril 2017 et 863 du 11 septembre 2017.

with illness and suffering still seems important.

What is the extent of this problem among caregivers? How can we define, locate and evaluate burnout? Numerous publications shed light on this suffering linked to work which long remained a taboo.

• **Key words**

burnout; professional; epidemiology; diagnosis; primary prevention; secondary prevention; management;

D'après la CARMF, en 2017, plus de 3 000 médecins sont en état d'invalidité pour cause de dépressions et alcoolisme essentiellement attribuées au burnout.

Ce qu'est le burnout

Dès 1974, le psychanalyste Herbert J. Freudenberger décrit l'épuisement professionnel qu'il appelle aussi « *la brûlure interne* » (burnout) et qu'il attribue à une pathologie de la relation d'aide chez les soignants [6].

Christina Maslach [7] définit le burnout comme un syndrome à trois dimensions : un épuisement physique et émotionnel, une dépersonnalisation et une réduction de l'accomplissement personnel qui apparaissent chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

D'après la classification internationale des maladies, le burnout fait partie de la rubrique « *Troubles liés aux difficultés à gérer sa vie* ». Il ne passe donc pas pour un trouble psychique à part entière, mais il peut en accompagner un (notamment des troubles dépressifs).

Le burnout peut se traduire cumulativement par des manifestations physiques (épuisement essentiellement), émotionnelles (irritabilité, sentiment de perte de contrôle, humeur triste), cognitives (diminution de la concentration, difficultés à nuancer, à prendre des décisions dans son activité professionnelle, erreurs et oublis), comportementales (repli sur soi, isolement social, comportement agressif, comportements addictifs : tabac, alcool, tranquillisants, drogues, etc.), motivationnelles (désengagement progressif, effritement des valeurs associées au travail, dévalorisation).

Le suicide est considéré par de nombreux auteurs comme l'étape ultime résultant souvent de cet état de burnout bien que les causes de suicide aient également bien sûr d'autres origines.

Ces symptômes n'étant pas spécifiques, un diagnostic différentiel approfondi est nécessaire pour écarter des maladies psychiatriques, organiques et repérer les comorbidités.

Le burnout n'est pas une dépression

Le burnout s'exprime en premier lieu dans la sphère professionnelle et décrit un « processus » en rupture avec l'état antérieur ou l'individu s'accomplissait dans son travail. Par ailleurs les symptômes disparaissent généralement pendant les congés. Cette dégradation du rapport subjectif au travail est différente de la dépression qui s'étend à tous les aspects de la vie et décrit un « état » de l'individu.

Ce n'est pas une addiction au travail

Les personnes dépendantes au travail sont incapables de s'en détacher psychologiquement, travaillant de manière

compulsive de nombreuses heures au-delà de ce qui est attendu de leur part, au point que leur vie privée s'en trouve affectée. Cet état est souvent associé à des troubles de la personnalité qui s'organisent autour de cette dépendance.

Un outil de détection et de mesure du burnout : le MBI

Parmi les outils de mesure proposés le test d'inventaire de burnout (MBI : *Maslach Burn out Inventory*) [8] mis au point en 1981 par Christina Maslach et Susan Jackson [7] est le modèle descriptif validé de référence le plus utilisé actuellement. Il comporte 22 questions qui permettent d'explorer les 3 dimensions du burnout : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation, et la réduction de l'accomplissement personnel au travail. Les scores obtenus dans chaque dimension permettent une évaluation du degré de burnout (bas, modéré ou élevé).

Cette échelle de mesure est à utiliser en complément des données du vécu au travail et des signes cliniques observés.



Que retenir pour notre pratique ?

La profession médicale, les pouvoirs publics et les institutions sont longtemps restés dans le déni face à la souffrance des médecins et des soignants en général atteints de burnout. Les enquêtes montrent à l'évidence que le burnout des soignants, loin d'être marginal génère des dégâts humains et financiers dont il serait temps de tenir le plus grand compte.

L'HAS [9] rappelle dans son rapport de février 2016 que la qualité de vie au travail et la qualité des soins sont intimement liées.

Face à ces soignants occupés à aider les autres, mais incapables de s'aider eux-mêmes ou demander de l'aide, la prévention et la prise en charge du burnout sont donc cruciales pour l'avenir de la profession.

Comment prévenir le burnout ?

Le burnout étant multifactoriel les études sur la prévention recommandent de mobiliser de façon synergique et concertée tous les niveaux, individuel, collectif et institutionnel [10, 11].

Une prévention individuelle. Prendre soin de soi pour mieux prendre soin de l'autre

Il est souvent difficile de se rendre compte que l'on est en situation d'épuisement professionnel, de l'accepter, de se l'entendre dire ou de prendre d'emblée du recul par soi-même.

Les rapports et campagnes de prévention recommandent à tout professionnel de santé en formation ou déjà en exercice plusieurs mesures :

- faire annuellement un bilan de son rapport au travail, sa qualité de vie au travail, ses valeurs, ses objectifs propres, ses limites et se faire aider si nécessaire par l'équipe de médecine de santé au travail (médecins, psychologues ...)
- participer aux projets de service, aux espaces d'échanges et de soutien aux équipes, aux groupes de travail ;
- se former régulièrement (capital pour la prévention) y compris les formations à la communication et à la relation d'aide à débiter précocement au cours des études médicales, et à inscrire dans la durée ;
- prendre un médecin traitant pour écarter la tentation d'autodiagnostic et d'automédication.

Selon le ministère de la Santé :

- 80 % des médecins n'ont pas de médecin traitant ;
- 60 % des antidépresseurs consommés chez les soignants sont auto-prescrits ;
- et 30 % des généralistes déclarent au moins une maladie chronique.

Une prévention collective. Anticiper les situations à risque de surcharge et de solitude

Les recommandations incitent à développer une démarche participative d'équipe passant par la création :

- de staffs pluriprofessionnels ;
- de groupes de travail et d'analyse de pratiques au sein de l'institution avec un temps de debriefing, de réflexion éthique ;
- de groupes d'échanges spécifiques intra- ou inter-équipes pour élaborer des projets collectifs ;
- de tutorats et compagnonnages des nouveaux professionnels.

Il est également recommandé de [11] :

- sensibiliser les soignants à la vulnérabilité psychologique des soignants qui les entourent : les personnes particulièrement exposées à un risque de burnout présentent un manque de confiance en elles, une haute aspiration à la perfection, une faible capacité à prendre ses distances, un mode d'adaptation fondé sur l'émotion, l'esquive ou la résignation avec la conviction d'une maîtrise extérieure, un manque d'aptitude à gérer des conflits, une attitude sacrificielle, une grande susceptibilité et un style relationnel anxieux mal assuré ;
- dédier un psychologue à l'écoute des soignants ;
- favoriser la mobilité des personnels en tenant compte de leur demande ;
- s'interroger sur le style de management employé ;
- mettre en place, si nécessaire, une stratégie de changement intégrant un management participatif ;
- encourager l'existence de soignants référents au sein des équipes pour pouvoir solliciter de l'aide ;
- intégrer la qualité de vie au travail dans l'élaboration des projets de service.

Une prévention institutionnelle. Inscrire la politique de prévention dans un projet institutionnel et social

Les mesures préconisées par les soignants aux institutions sont nombreuses :

- intégrer la reconnaissance du risque potentiel de burnout au projet institutionnel et au projet social ;
- inciter aux stratégies de communication sur les risques et les services proposés ;
- repérer les facteurs environnementaux en diminuant le stress perçu (organisation du travail, gestion du temps et des conflits, formation, projets de service, établissement de protocoles de soins) ;
- définir une politique de qualité de vie et de santé au travail ;
- créer des groupes de travail en lien avec les projets d'équipes (adéquation entre gestionnaires et soignants) ;
- organiser la prise de décisions communes entre équipes médicales, paramédicales, administratives et directions pour la détermination du projet d'établissement et des moyens mis en œuvre pour y parvenir ;
- faciliter l'information et l'accès à la formation ;
- avoir une politique sociale (crèche, aide temporaire au logement, comité d'entreprise, prestations de soutien, structures de sport ou relaxation dans l'institution...)
- former les directeurs, les médecins seniors et les cadres :
 - aux signes de souffrance au travail ;
 - à la démarche participative et aux méthodes facilitatrices ;
 - à reconnaître leur propre stress et accepter les remises en question managériales.

L'association de psychologues spécialisés « Soins aux Professionnels de Santé » (SPS), a mis en place début 2017 un numéro vert gratuit, national, interprofessionnel,

indépendant, tenu au secret médical, offrant une écoute psychologique, aide et orientation 24h/24. Elle a reçu 450 appels en 2 mois : 75 % des appelants sont des femmes, 60 % des salariés, 40 % des libéraux [12].

Le ministère de la Santé a tout récemment proposé une stratégie nationale de prévention et d'aide aux soignants salariés et libéraux en souffrance [13, 14].

L'Ordre des médecins et les Facultés de médecine officialisent l'aide aux confrères en souffrance par la création récente d'un diplôme interuniversitaire « soigner les soignants : spécificités et ressources ».

Une efficacité démontrée

Une revue systématique et méta-analyse du *Lancet* en 2016 [4] regroupant 15 essais randomisés (n = 716 médecins) et 37 études de cohortes (n = 2 914) a comparé à l'absence d'intervention la marge de réduction possible du burnout des soignants par les stratégies individuelles ciblées et structurelles ou organisationnelles de prévention avec un suivi de quelques mois à 4 années.

Les soignants inclus appartenaient à diverses disciplines et divers modes d'exercice. 54 % souffraient de burnout selon les critères du test validé de référence de Maslach MBI [7] dont 38 % avec un score élevé ;

Globalement, les mesures de prévention ont entraîné une baisse globale cliniquement significative de 10 % (IC 95 % : 5-14 ; p < 0,0001) du MBI passant de 54 % à 44 % (réduction du risque relatif RRR 18 %), de 14 % du taux d'épuisement émotionnel (RRR 30 %) et de 4 % (RRR 12 %) du taux de dépersonnalisation.

Une méta-analyse du *JAMA* en 2016 [15] a réuni 19 études randomisées (n = 1 550 soignants de toute spécialité en Europe, États-Unis, Argentine et Israël) basées sur les mêmes critères. Elle aboutit à des conclusions comparables à celles du *Lancet* suggérant ainsi la dimension mondiale du problème.



Pour la pratique

Après un très long déni de la souffrance des soignants atteints de burnout l'impulsion vers des actions concrètes de prévention semble réelle en France avec pour priorité de donner du sens à la relation d'aide à tous les niveaux personnel, collectif et institutionnel : « bien faire c'est d'abord bien être ».

Les avancées modestes nécessitent d'autres recherches pour établir quelles interventions de prévention sont les plus efficaces dans des populations spécifiques de soignants et comment les combiner.

Par ailleurs la faisabilité, les coûts associés et une évaluation à long terme de ces actions de prévention sont nécessaires.

Quelle prise en charge pour éteindre l'incendie ?

Une prise en charge personnalisée

Pour la HAS [9] la prise en charge du burnout doit être individualisée en fonction des manifestations constatées, des éventuelles pathologies associées, de l'historique du patient et de son travail.

Cette prise en charge repose principalement sur un arrêt de travail à moduler selon l'évolution et le contexte socio-professionnel, la combinaison d'interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles de reconstruction émotionnelle et de l'estime de soi, un éventuel traitement médicamenteux, l'intervention d'un psychiatre pour les cas complexes ou sévères, une collaboration étroite entre médecin traitant, médecin du travail, associations d'aide pour anticiper le retour au travail.

Avant tout réduire la charge de travail

Dans une méta-analyse de 58 études de mauvaise qualité de preuve (7 188 participants) chez des professionnels de santé [16], comparativement à l'absence d'intervention, les TCC avec ou sans relaxation (6 études) et la relaxation à la fois mentale et physique (n = 17) permettent respectivement sur une période d'1 mois à 2 ans une diminution du niveau de stress d'environ 13 % et 25 %. Parmi les différentes interventions visant à modifier les conditions de travail (n = 20) et améliorer le soutien (n = 6), le contenu des soins (n = 4), les compétences en communication (n = 1), les schémas de travail (n = 2), seules une réduction des temps de travail ou un arrêt de travail (n = 2) ont permis une réduction du niveau de stress.

Une méta-analyse étatsunienne de 36 études (n = 2 376 participants) [17] évaluant les effets de 55 programmes d'intervention sur des échantillons variant de 14 à 219 personnes (moyenne 49/intervention) sur une durée moyenne de 7,5 semaines a montré un effet moyen des programmes de gestion du stress (0,526 ; IC 95 % : 0,364-0,687). Les interventions cognitivo-comportementales produisent les effets les plus importants (taille de l'effet 1,164 ; 0,456-1,871). L'effet est réduit quand des composants additionnels sont ajoutés. Les interventions alternatives (relaxation ou interventions multimodales) ont un effet significatif mais pas les interventions de type organisationnel. La durée du traitement et la profession sont sans influence. Mais des preuves d'études sont manquantes et les analyses font apparaître des niveaux significatifs d'hétérogénéité.

Étudiants et jeunes professionnels de santé sont aussi concernés

De nombreuses mesures pour prévenir et prendre en charge le burnout ont été proposées :

- dédier un temps de formation en management et en prévention des risques psychosociaux, sous-estimés dans ces professions ;
- respecter la législation : 45 % des repos de sécurité ne seraient pas respectés, 65 % des femmes médecins enceintes n'ont pas vu leur planning réaménagé. 45 % des futurs médecins n'ont jamais rencontré un médecin du travail ;
- organiser une visite d'aptitude à chaque changement de cycle (externe, interne, assistant) ;
- recenser les nombreux sites internet, numéros verts, consultations gratuites à proposer aux étudiants en grande souffrance et en les labellisant pour les faire connaître.

Une prise en charge associative

L'étude 2017 de D. Truchot (Université de Bourgogne-Franche-Comté) [18], incluant 1 678 infirmières libérales (88 % de femmes, 44 ans en moyenne, associées en majorité, réparties à peu près équitablement en milieu urbain, rural, semi-urbain) suggère que le niveau de burnout est élevé chez les infirmières libérales, en particulier si elles travaillent seules bien plus que chez les autres professionnels paramédicaux, et équivalent aux médecins généralistes : « *la différence est énorme en termes d'heures de travail, le cabinet de groupe protège de la charge de travail et du burnout. En revanche, le fait d'éprouver des affects, des sentiments et de la compassion vis-à-vis du patient semble protéger de l'épuisement et de la dépersonnalisation, car ce ressenti donne du sens au travail des infirmières* ».

Les rares études et initiatives régionales ne permettent pas de réaliser une évaluation de la prise en charge médico-psychologique lors des consultations de pathologie professionnelle essentiellement assurées par :

- l'association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) [19] (écoute anonyme par des psychologues, psychiatres 24H sur 24, 7 jours sur 7) ;
- l'association pour les soins aux soignants (APSS) [20]. Créée en 2009 par l'Ordre des médecins et la CARMF, elle constitue une base de données de pathologies spécifiques des soignants pour définir une politique commune, leur prévention, leurs traitements, proposer des structures d'accueil et de soins, former des médecins pour prendre en charge des soignants.

Un recours trop fréquent aux antidépresseurs

À défaut de traitement médicamenteux spécifique recommandé l'Académie nationale de médecine [21] constate en 2016 que le recours aux antidépresseurs (notamment les ISRS) et aux anxiolytiques est souvent la solution choisie par le prescripteur, alors que le burnout

n'est ni une dépression ni un syndrome de stress post-traumatique *stricto sensu*.

Un essai contrôlé randomisé incluant 3 276 personnes âgées de 30 à 64 ans [22] montre que la prescription d'antidépresseurs était 2,53 fois plus fréquente (1,04-6,15) chez les individus présentant un burnout sévère comparativement à des individus sans burnout après ajustement sur les troubles dépressifs et l'anxiété.

Accompagner le retour au travail

Une enquête en 2014 sur les conditions de la reconstruction post burnout [23] confirme que le travail est aussi un facteur de protection (et de reconstruction) de la santé mentale. Tous les participants ont affirmé avoir envie de retourner au travail. L'enquête a montré que la mémoire autobiographique des victimes cheminait par les mêmes séquences sémantiques et dans le même ordre, avec le thème de l'identité professionnelle. Une cartographie des étapes de la reconstruction démontre que le burnout ne se déclenche pas à un instant « t », mais qu'il s'agit bien d'une dynamique de décrochage (phases d'alarme, phase de déni se soldant par une rupture violente telle que l'arrêt maladie, l'accident du travail, la démission, etc.) et de réorganisation avec une nouvelle combinaison du parcours du salarié (souffrance exprimée dans l'espace intime). Une liste de questions clés à poser aux différentes étapes a été formalisée et constitue un outil d'investigation.



Pour la pratique

La prise en charge du burnout des soignants est multiple dans ses aspects psychologiques et médico-socioprofessionnels. Elle doit être l'occasion d'un bilan somatique et de l'évaluation d'un risque suicidaire, de troubles de l'adaptation, de troubles anxieux et dépressifs.

La prise en charge est à construire avec le patient, le médecin traitant en réseau avec le médecin du travail, les psychiatres ou psychologues et les associations d'aide.

Parmi les interventions psychothérapeutiques seules les TCC ont été évaluées à ce jour, mais avec des niveaux de preuve faibles. Un traitement antidépresseur n'est recommandé que dans le cadre de ses indications : troubles anxieux ou dépressifs.

Beaucoup reste à faire pour la prise en charge du burnout des soignants mais le tabou de déni est levé ; une première étape prometteuse ?

~**Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.



Burnout des soignants : comment éteindre l'incendie ?

- La qualité de vie au travail et la qualité des soins sont intimement liées.
- Dans de nombreuses études dans un grand nombre de pays impliquant toutes les spécialités médicales et chirurgicales, y compris les étudiants en médecine, près d'un médecin sur trois éprouve un burnout à un moment donné de sa carrière professionnelle.
- Des actions concrètes de prévention du burnout ont pour priorité de donner du sens à la relation d'aide à tous les niveaux : personnel, collectif et institutionnel.
- La prise en charge est multiple et doit être l'occasion d'un bilan somatique et de l'évaluation, entre autres, d'un risque suicidaire.
- Un traitement antidépresseur n'est recommandé que dans le cadre de ses indications : troubles anxieux ou dépressifs.

RÉFÉRENCES

1. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. 2002. http://www.urml-ca.org/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf.
2. Galam E. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux. URML, Île-de-France. Juin 2007. www.urml-idf.org/Public/.
3. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins. Octobre 2003 ?
4. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burn out : a systematic review and meta-analysis? *Lancet* 2016 ; 388 : 2272-81.
5. Kischore S, Dandurand DE, Mathew A, Rothenberger D. Breaking the Culture of Silence on Physician Suicide. National Academy of Medicine. Juin 2016.
6. Freudenberger H. Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974 ; 30 : 159-65.
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981 ; 2 : 99-113.
8. Giorgio MT. Test d'inventaire de Burn Out de Maslach : pour diagnostiquer un épuisement professionnel. La santé au travail. Atousante.com.
9. HAS. Revue de littérature sur qualité de vie au travail et qualité des soins. Janvier 2016.
10. Fédération des Intervenant(e)s en Risques psychosociaux (FIRPS). Propositions pour la prévention du burn-out. Mars 2016.
11. INRS. ANACT. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Comment prévenir le burnout ? Guide d'aide à la prévention. MAJ 05/01/2017.
12. Association SPS. Soins aux professionnels de santé. Plateforme téléphonique nationale SPS. 0805232336. <http://www.asso-sps.fr>.
13. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. Décembre 2016.
14. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire. Mars 2017.
15. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2017 ; 177 : 195-205.
16. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. In : Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.
17. Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs : a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 2008 ; 13 : 69-93.
18. Truchot D. Etude : comment expliquer le burnout des infirmières libérales. Infirmiers libéraux. La newsletter 34. Juin 2017.
19. Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux. <http://www.aapml.fr/>.
20. Association pour les soins aux soignants. <http://apss-sante.org/>.
21. Olié JP, Légeron P. Le burnout. *Bull Acad Natle Méd* 2016 ; 200 ; 2 : 349-65. Séance du 23 février 2016.
22. Ahola K, Honkonen T, Virtanen M, et al. Interventions in relation to occupational burnout : The population-based health 2000 study. *J Occup Environ Med* 2007 ; 49 : 943-52.
23. Bataille S. La reconstruction professionnelle après un burnout. *INRS. Références en santé au travail* 2014 ; 137 : 59-71.