

Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques

Burn-out of general practitioner : etiopathogenic hypothesis

H. Dagrada, P. Verbanck et C. Kornreich

Service de Psychiatrie et Laboratoire de Psychologie Médicale, C.H.U. Brugmann

RESUME

Le présent article a pour objet de dresser un état des connaissances à ce jour des facteurs de risque conduisant au burn-out chez les médecins généralistes. Ceux-ci sont particulièrement concernés par le burn-out car près de la moitié présentent des atteintes à des degrés divers. Cet article est basé sur une recherche bibliographique non exhaustive depuis 1975 jusqu'à 2010, à l'aide du logiciel PUBMED, d'articles et ouvrages spécialisés.

44 articles ont été choisis comme répondant le mieux aux aspects du burn-out traités ici.

Il semble établi qu'un état de stress précède le burn-out. Plusieurs théories s'intéressent aux relations entre stress et travail. Le stress exogène auquel les médecins sont soumis (charge et organisation du travail, rencontre émotionnelle avec le patient, contraintes, manque de reconnaissance, conflits entre vie privée et professionnelle) interagit avec le stress endogène qu'ils se créent individuellement (idéalisme, sentiment (trop) aigu de responsabilité, troubles de l'humeur, difficulté à collaborer, caractère, personnalité). Le burn-out se manifesterait préférentiellement lorsque ces deux stress coexistent.

En dépit d'une littérature abondante, les causes du burn-out restent insuffisamment connues et des efforts de recherche accrus sont nécessaires, afin d'améliorer la mise en œuvre de mesures de prévention indispensables et bénéfiques tant aux médecins qu'à leurs patients.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 407-12

ABSTRACT

This paper aims to review current knowledge on risk factors leading to burn-out of general practitioners, who are particularly concerned by burn-out, as 50 % of them are being more or less affected.

This article is based on bibliographic research covering literature between 1975 and 2010, using PUB MED software, medical books and articles. 44 articles were selected as dealing well with the aspects of the burn-out reviewed here.

It seems established that stress precedes burn-out symptoms. Theories investigating relationships between stress and work are presented. Exogenic stress (load and organization of work, emotional interaction with the patient, constraints, lack of recognition, conflicts between private and professional life) interacts with endogenous stress (idealism, (too much) acute feeling of responsibility, mood disorder, difficulty in collaborating, character, personality). Burn-out symptoms would appear preferentially when these two stresses coexist. Despite the wealth of publications, there is still a lack of knowledge of the causes of burn-out, requiring therefore increased research efforts, in order to improve the implementation of preventive measures, beneficial to the doctors as well as to their patients.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 407-12

Key words : burn-out, general practitioners, physician, depression, primary care

INTRODUCTION

Identifié pour la première fois dans les années 70 par H. Freudenberger, psychiatre et psychanalyste new yorkais, le burn-out est né de l'observation des

modifications cognitives et comportementales qui s'opèrent chez le soignant au contact d'un travail difficile. Freudenberger travaillait dans une " *free clinic* " et s'occupait de patients présentant des problèmes d'assuétudes. A leur contact, il a constaté que peu à peu

ses collaborateurs et lui-même développaient de l'irritabilité, de la fatigue et une perte de motivation, cet état contrastant profondément avec celui dans lequel ils se trouvaient au début de leur engagement¹.

Plusieurs chercheurs vont se pencher sur le phénomène², notamment Maslach et Jackson qui créent une échelle de mesure, le *Maslach Burn-out Inventory* (M.B.I) et délimitent le syndrome selon trois axes : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, la perte d'accomplissement personnel.

L'objectif, en utilisant et explicitant ces trois axes, est d'avancer des pistes d'hypothèses causales pouvant s'appliquer au médecin généraliste à l'aide d'une revue non exhaustive de la littérature sur le sujet.

La sélection a été centrée sur la problématique traitée dans cet article : les hypothèses étiologiques du burn-out du médecin généraliste et pour la recherche internet en utilisant les mots clé principaux, *burn-out, general practitioners, physician, depression, primary care*.

Sur cette base, nous avons retenu, dans notre cadre limité, 44 articles parmi les milliers de publications soit : 24 articles scientifiques recherchés sur internet, 11 références livresques issues d'ouvrages faisant autorité sur les aspects abordés du burn-out, 7 articles de la presse médicale belge, 2 articles d'études scientifiques réalisées par les spécialistes belges francophones du stress.

DISCUSSION

Les trois axes

L'épuisement émotionnel

Il survient lorsque le médecin ne peut plus entrer en contact émotionnel adéquat avec son patient. Face à lui, il développe de l'irritabilité (*fight*), de l'inattention (*flight*) ou une attitude de désaffection (*freeze*), c'est-à-dire les trois types de manifestation comportementale classiquement décrits face à un danger. Il peut aussi développer un faux self donnant l'apparence que les choses vont bien, mais sous ce masque d'apparat, se cache un individu fatigué, dont même le repos ou les vacances ne peuvent améliorer l'état.

La déshumanisation de la relation à l'autre

Le médecin s'occupe alors de l'organe malade de son patient et fait abstraction de la personnalité de celui-ci. A défaut de pouvoir ressentir avec empathie les rencontres avec ses patients, il s'emploie à décrire, avec cynisme et toute puissance, son malade réduit à l'état d'objet.

La perte d'accomplissement personnel

Passant à côté de la rencontre singulière avec le patient, le médecin a le sentiment de ne plus faire ce

pourquoi il s'était engagé : aider le malade. Cette situation crée en lui un sentiment d'inutilité, d'échec et un questionnement sur le sens de sa pratique. A ce stade où le travail n'est plus un plaisir, il perd son sens.

Modèles et causes

Il semble établi que sans stress préalable le burn-out n'existerait pas.

Cependant, il n'y a pas de choses stressantes en elles-mêmes nous dit Epictète³, c'est le regard que l'individu porte sur ces choses qui les font devenir stressantes. De fait, il n'existerait pas de situation spécifique pouvant expliquer la survenue du burn-out, tout est une question de point de vue.

Si le stress permet à l'individu jusqu'à un seuil optimal d'améliorer ses performances, son excès entraîne la détérioration de celles-ci, selon la loi de Yerkes et Dodson⁴.

En cas d'excès de stress, l'individu réagit selon trois phases : l'alerte, la résistance et enfin l'épuisement⁵.

Le stress chronique favoriserait l'éclosion du burn-out⁶. La littérature s'accorde à dire qu'il est le fruit d'un processus dynamique d'installation progressive⁷. Il surviendrait après une longue période d'exposition au stress, lorsque la personne a été poussée trop souvent en dehors de ses limites⁸.

Pour Karacek, le stress ressenti par l'individu au travail est lié au déséquilibre entre les demandes psychologiques du travail et le besoin d'autonomie décisionnelle de l'individu pour pouvoir y répondre⁹. Parmi ces demandes, on peut retenir plus particulièrement l'organisation du travail imposé à l'individu qui représente un stress par l'effraction de son psychisme par la volonté d'un autre¹⁰.

Pour expliquer l'apparition du syndrome, Maslach et Leiter proposent un modèle intégrant les degrés de (non) congruence de l'individu et six domaines de l'environnement du travail¹¹. On recense parmi ces domaines¹² :

- **la charge de travail**, et le trop grand nombre de demandes qui en découlent ;
- **le contrôle** de son autorité pour pouvoir accomplir le travail dans lequel il croit, et pour ne pas se laisser submerger ;
- **la récompense**, financière, sociale et l'appréciation positive des autres ;
- **la communauté**, la connexion avec les autres, et l'appartenance au groupe ;
- **l'équité**, la promotion et la rétribution des personnes à leur juste valeur ;
- **les valeurs**, le sentiment de réaliser des choses en accord avec ses convictions.

Le travail dur nécessite l'implication de l'individu ainsi que sa récompense. Le déséquilibre entre effort

et récompense affecte l'individu¹³.

Le stress que nous reconnaissons s'applique sur le médecin généraliste peut avoir deux origines : une origine exogène, c'est le stress qui s'applique sur chacun d'entre eux, ou une origine endogène, c'est-à-dire le stress que le médecin génère de manière individuelle (particulière) lors de situations rencontrées. Le burn-out se situe probablement au niveau où le deux stress se cumulent.

Les causes exogènes

Les principales causes exogènes sont les suivantes :

a) La surcharge de travail ou la multiplication des tâches à réaliser lors des consultations :

Lorsque le médecin généraliste reçoit son malade, il doit l'écouter, l'interroger, l'examiner, faire des ordonnances, consulter les résultats complémentaires, l'orienter vers des confrères, faire des certificats et comptes rendus au médecin conseil ainsi que répondre au téléphone le cas échéant, interrompant le déroulement de la consultation.

85 % des médecins généralistes belges se plaignent de leur charge administrative¹⁴. Ils sont parmi les médecins européens à avoir la charge administrative la plus lourde¹⁵.

b) La rencontre émotionnelle avec le patient :

Face à la déshumanisation de la médecine technocratique¹⁶, le médecin généraliste a recours à des actes techniques limités, et est de ce fait confronté plus que les autres aux affects des patients. Pour chaque soignant, la confrontation aux affects est importante¹⁷.

Les rencontres thérapeutiques suscitent des mouvements émotionnels. Le médecin doit être empathique pour se mettre à la place de son patient, comprendre sa problématique et évaluer le traitement à administrer. Le patient réagit à la qualité de la prise en charge et de l'adéquation avec la relation thérapeutique. L'empathie du médecin est une force mais aussi une faiblesse. Bien qu'ayant une fonction primitive adaptative, les affects sont souvent conçus comme désorganisateur du comportement¹⁸. Il est donc important pour le soignant de trouver la bonne distance psychique à laquelle se placer lors de la rencontre avec les problématiques des patients¹⁷. Cette régulation se fait mieux chez les médecins, en comparaison avec une population témoin. Lorsqu'ils sont soumis à des stimuli visuels nociceptifs évoquant la douleur, ils inhibent plus le processus de perception de celle-ci¹⁹. Ceci refléterait leur meilleure capacité à prendre de la distance vis-à-vis d'une empathie trop marquée qui pourrait avoir un effet délétère sur l'adéquation de leur réaction thérapeutique face aux malades.

Il est possible que la reconnaissance des affects qui sont en jeu dans la relation thérapeutique permette au médecin d'éviter leurs effets nuisibles, la répétition de leurs impacts et les microtraumatismes émotionnels qu'ils occasionnent¹⁷ ?

c) Les devoirs du médecin généraliste à l'égard de son

patient :

A l'heure de la multiplication d'information par les divers médias et de la multiplication des connaissances disponibles, les patients sont de plus en plus informés²⁰. Le médecin doit répondre aux questions et demandes de ses patients plus ou moins bien avertis. Ce travail prend du temps et demande un effort pédagogique.

Les besoins et les demandes des patients sont forts et parfois exigeants¹⁷. Lorsque les attentes des patients sont irréalistes, un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation élevée peuvent affecter le médecin²¹.

Le droit européen souhaite l'autonomie du patient. Il lui offre la liberté d'avoir le contrôle de ses données de santé ainsi que celle de participer aux décisions médicales prises et le concernant²². Participant ou encouragé à participer de plus en plus à leur prise en charge, les patients présentent une attitude de plus en plus active ce qui modifie les rapports de pouvoir²¹.

Il n'y a par contre, pas de charte des droits des soignants²³.

d) La dévalorisation du statut du médecin :

La baisse de reconnaissance sociale vis-à-vis du médecin généraliste constitue une cause d'épuisement professionnel importante²¹ :

- Economiquement, 75 % des médecins généralistes belges pensent qu'ils sont mal rémunérés¹⁴. La perception subjective d'un manque de ressource est génératrice de burn-out²⁴.

- Ils sont 71,6 % à se plaindre que les patients sous-estiment la qualité de leur travail¹⁴. La perception fréquente par les médecins de la remise en cause de leurs compétences par les patients est associée à des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation²¹.

- Les médecins généralistes se plaignent également d'être appréhendés de manière hautaine par leurs confrères spécialistes ?¹⁷.

e) Conflits entre vie professionnelle et vie privée :

Les médecins généralistes sont nombreux à se plaindre du déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle²⁵. Ils oublient souvent leurs propres besoins au profit de leur profession. Le surplus de temps passé au travail se fait au détriment de celui passé avec la famille et les proches. Le manque de temps pour la vie privée est la première cause incriminée d'ordre personnel dans l'apparition du burn-out par les médecins généralistes franciliens²⁶. Ce temps passé en famille ou avec les proches pourrait être protecteur pour autant que les problèmes et les préoccupations liées au travail restent en dehors de la vie privée. " Le travail, dans tous les cas cliniques étudiés par la psychopathologie du travail, a des incidences majeures sur l'économie des relations dans l'espace privé. Celui qui dans son travail se heurte à des difficultés ... emporte les soucis dans l'espace domestique ... il gêne la vie des membres de sa famille " ²⁷.

L'absence de soucis au travail est-il pour autant un gage d'harmonie au sein de la vie privée ? Ne

pourrait-il pas exister un burn-out du couple indépendant du travail, qui pourrait avoir des répercussions sur la pratique médicale du médecin ? Le caractère strictement professionnel du burn-out n'ayant pas été démontré, un burn-out non spécifique au travail est envisageable et a été mesuré²⁸. Seules des études longitudinales permettraient d'évaluer le type de lien qui existerait entre burn-out familial et stress au travail.

Les causes endogènes

Les principales causes endogènes sont les suivantes :

a) De l'idéalisation à la frustration : difficulté à se confronter à la réalité :

Pour s'épanouir dans son travail, le médecin doit être enthousiaste et s'investir personnellement. En retour, le médecin doit recevoir de la reconnaissance pour ce qu'il fait. Cette reconnaissance, c'est la gratitude de ses patients, du réseau de soin, de la société. C'est aussi guérir ses malades. Face à la difficulté d'obtenir cette reconnaissance, la plupart des médecins doivent se résigner, sainement, à ne pas obtenir la perfection. D'autres vont poursuivre leur quête et multiplier leurs efforts espérant être aimés en retour ou guérir ceux qui ne sont pas guérissables. Poursuivre dans cette voie a un coût en énergie et risque d'épuiser le médecin qui ne parvient pas à son but. Comme pour la conquête amoureuse, l'enthousiasme nécessaire n'entraîne pas une reconnaissance automatique. Prenons l'exemple du berger (le médecin), qui brûle (Burn-in) pour la bergère (le travail). Si celle-ci reste indifférente à ses avances et que celui-ci continue sa quête sans résultat, il risque l'épuisement personnel : le burn-out²⁹.

b) Burn-out et dépression :

Dans la population générale, le taux de dépression est de 5 à 10 %³⁰. Le médecin se plaint très peu ; chez lui, la dépression est un sujet tabou et elle est peu documentée dans la littérature. Néanmoins, le taux de suicide chez les médecins est deux fois plus élevé que dans la population générale²⁵. Cela laisse supposer que le taux de dépression est aussi plus élevé dans cette population.

Des auteurs lient le burn-out à la dépression de manière longitudinale. Le burn-out non traité conduirait à la dépression³¹ et serait une phase dans le développement de celle-ci^{32,33}. Seules quelques études transversales supportent cette idée^{33,34}.

Le burn-out est associé à un taux significativement bas de BDNF³⁴. Le BDNF est également diminué dans la dépression. Ceci renforce l'idée d'un processus similaire entre les deux entités³³.

Le burn-out peut être mesuré avec l'échelle du M.B.I. Si conjointement, on pratique des échelles de dépression, on observe dans certains cas un lien entre les deux. Le lien avec la dépression est d'autant plus fort que le degré de burn-out est élevé. Lorsque le burn-out est sévère, le risque d'avoir une dépression associée est selon certains auteurs très élevé^{35,36}. Pour d'autres auteurs, dans le cas où le

degré de burn-out est très élevé, le taux de concordance avec la dépression n'excède pas les 50 %³⁷. Le burn-out serait alors dans certains cas une entité séparée de la dépression.

c) Personnalité et tempérament :

La personne qui ne s'inquiète pas, ne pourra pas " s'épuiser " ²⁴.

La dimension neurotique de la personnalité correspond à une instabilité émotionnelle et une trop grande réactivité du sujet face à l'environnement. Lorsque ces sujets sont confrontés à un environnement stressant, ils développent des symptômes de type anxieux et dépressif. Ce type de personnalité est associé au burn-out³⁷. Aussi, les médecins présentant ce type de personnalité sont plus à risque de développer le burn-out³⁸.

Les traits de caractère mis en place durant l'enfance permettent à l'individu de s'adapter face à leur tempérament³⁹.

Les médecins, " autocritiques ", qui prennent sur eux la responsabilité des événements qui vont mal, sont à risque de ressentir un stress plus intense que ceux ne présentant pas ce trait de caractère⁴⁰. Les caractères " moins souples ", qui s'imposent une discipline exigeante, sont à risque de burn-out³². Ils sont " perfectionnistes ", ont des réticences à la délégation des tâches et de ce fait sont à risque de surcharge de travail. Ces traits de caractère se rapportent au tempérament dysthymique pour l'un et obsessionnel pour les deux autres. Une étude montre que la profession médicale présente plus de tempérament dysthymique et de traits obsessionnels que d'autres professions⁴¹.

CONCLUSION

Le taux de burn-out élevé des médecins généralistes en fait un problème de santé publique. Ce taux varie de 30 à 70 %⁴². 45 % des médecins généralistes belges¹⁰ et 43 % des médecins de famille européens⁴³ en souffrent.

Que les causes soient endogènes, exogènes ou bien les deux, il n'y a pas à l'heure actuelle de causes complètement établies du burn-out⁴⁴. Etant donné la prévalence du syndrome, on peut supposer que les facteurs exogènes prévalent sur les facteurs endogènes.

La reconnaissance de facteurs de risque ainsi que la part de chacun d'eux dans la genèse du trouble, permettrait une meilleure reconnaissance de celui-ci au sens large. Un effort accru de recherche est nécessaire, permettant la mise en œuvre de mesures de prévention mieux adaptées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Freudenberger HJ : The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Psychotherapy : Theory, Research and Practice 1975 ; 12 : 73-82
2. Maslach C, Jackson S : The measurement of experienced burn-out. J Occupational Behav 1981 ; 2 : 99-113

3. Epictète : Manuel d'Epictète. Paris, GF Flammarion, 1999
4. Lelord F, André C : Comment gérer les personnalités difficiles. Paris, Odile Jacob, 2000
5. Selye H : The stress of life. New York, McGraw-Hill, 1956
6. Canouï P, Mauranges A : Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel. Paris, Masson, 2004
7. Hobfoll SE, Freedy J : Professional burnout : recent developments in theory and practice. In : Shaufeli W, Maslach C, Marek T, eds. Conservation of resources : a general stress theory applied to burnout. Washington DC, Taylor and Francis, 1993 : 115-33
8. Belga : Vague de burn-out en raison de la crise, les médecins en première ligne. http://www.mediquality.net/news/fr/showdoc.asp?doc_id=78689&subsubsubcat_id=205&readarticle=true
9. Karasek R : Job demands, job decision latitude, and mental strain : implication for redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979 ; 24 : 285-308
10. Dejour C : Travail, usure mentale. Paris, Bayard, 2000
11. Maslach C, Leiter MP : The EGPRN burnout study. San Francisco CA, Jossey-Bas, 1997
12. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP : Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001 ; 52 : 397-422
13. Siegrist J, Klein D, Voigt KH : Linking sociological with physiological data : the model of effort reward imbalance at work. *Acta Physiol Scand* 1997 ; 161 : 112-6
14. Reynaert C, Libert Y, Janne P, Zdanowicz N : Comment allez vous docteur ? Le Burn-out du médecin. *Louvain Médical* 2001 ; 120 : 296-310
15. Claes V : Tâches administratives : les médecins belges les plus surchargés. <http://fr.medisurf.be/protected/publications/artsenkrant/1978/0e012f4d-bbbb-418f-bc4f-6f37e86cdf9.vak.html>
16. Cole TR, Colin N : The art of medicine : The suffering of physicians. *Lancet* 2009 ; 374 : 1414-5
17. Delbrouck M : Un burn-out spécifique du soignant, tentative d'éclairage au niveau psychanalytique. In : Delbrouck M, ed. Le burn-out du soignant : Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles, De Boeck, 2003 : 43-67
18. Belzung C : Biologie des émotions. Neurosciences et cognition. Bruxelles, De Boeck, 2007
19. Decety J, Yang CY, Cheng Y : Physicians down-regulate the pain empathy response : An event-related brain potential study. *Neuroimage* 2010 ; 50 : 1676-82
20. Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW : Patients' use of the Internet for medical information. *J Gen Intern Med* 2002 ; 17 : 180-5
21. Dusmenil H, Serre BS, Régi JC, Leopold Y, Verger P : Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique* 2009 ; 21 : 355-64
22. Selleslagh P : Les droits du patient mènent-ils à la médecine défensive ? *Journal du Médecin* 2010 ; 2063 : 8
23. Picard C : Du mal être au burn-out et à la dépression ? *Revue Médicale de Médecine Générale* 2002 ; 191 : 129-30
24. Firth-Cozens J : Predicting stress in general practitioner : 10 year follow up postal survey. *BMJ* 1997 ; 315 : 34-5
25. Goehring C, Bouvier Ghallacchi M, Kunzi B, Bovier P : Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners : a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005 ; 135 : 101-8
26. Galam E : L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. http://www.urml-idf.org/urml/enquete/R_BurnOut_0707.pdf
27. Dejours C, Bègue F : Suicide et travail : que faire ? Paris, PUF, 2009
28. Corten P, From L, Vandriette Y, Verbanck P : Et si le burnout n'était pas que professionnel ? Mise au point d'un instrument d'évaluation non spécifiquement lié au travail. <http://homepages.ulb.ac.be/~phcorten/CliniqueStress/LaClinique/Clinique1.htm>
29. Janne P, Darras E, Tordeurs D, Reynaert C, Zdanowicz N, Libert Y : Les hypothèses étiologiques actuelles du burn-out. In : Delbrouck M, ed. Le burn-out du soignant : Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles, De Boeck, 2003 : 121-8
30. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller H-J, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders : Guidelines for biological treatment of unipolar disorder, part 1 : acute and continuation treatment of major depressive disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2002 ; 3 : 5-43
31. Peters S, Mesters P : Le Burnout : comprendre et vaincre l'épuisement professionnel. Paris, Marabout, 2008
32. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PP, Van der Hulst R, Brouwer J : Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping* 2000 ; 13 : 247-68
33. Leiter MP, Durup J : The discriminant validity of burnout and depression : a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping* 1994 ; 7 : 357-73
34. Sertoz OO, Binbay IT, Koçlu E, Noyan A, Yildirim E, Mete HE : The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008 ; 32 : 1459-65
35. Kirsi A, Honkonen T, Isometsä E *et al.* : The relation between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Dis* 2005 ; 88 : 55-62
36. Terrasse S, Corten P, Brackelaire C *et al.* : Lien entre Burnout et dépression. http://homepages.ulb.ac.be/~phcorten/Recherches/RechStress/TER_BOetDepression.doc
37. Swider BW, Zimmerman RD : Born to Burnout : A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior* 2010 ; 76 : 487-506
38. Mac Manus IC, Keeling A, Paice E : Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style : A twelve year longitudinal study of medical graduates. *BMC Medicine* 2004 ; 2 : 1-12
39. Hantouche E, Blain R : La cyclothymie pour le pire et pour le meilleur. Paris, Robert Laffont, 2008
40. Gundersen L : Physician Burnout. *Ann Intern Med* 2001 ; 135 : 145-8
41. Akiskal KK, Savino M, Akiskal HS : Temperament profiles in physicians, lawyers, managers, industrialists, architects, journalists, and artists : a studying psychiatric outpatients. *J Affect Dis* 2005 ; 85 : 201-6
42. Editorial : Doctors get ill too. *Lancet* 2009 ; 14 : 1653

43. Solera JK, Yaman H, Estevac M *et al.* : Burnout in European family doctors : the EGPRN study.
Family Practice 2008 ; 25 : 245-65
44. Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO : Physician Burnout.
JAMA 2004 ; 291 : 633

Correspondance et tirés à part :

H. DAGRADA
C.H.U. Saint-Pierre, Site César de Paepe
Service de Psychiatrie Unité 4A
Rue des Alexiens 11
1000 Bruxelles
E-mail : hdag@skynet.be

Travail reçu le 11 janvier 2011 ; accepté dans sa version définitive le 10 mai 2011.