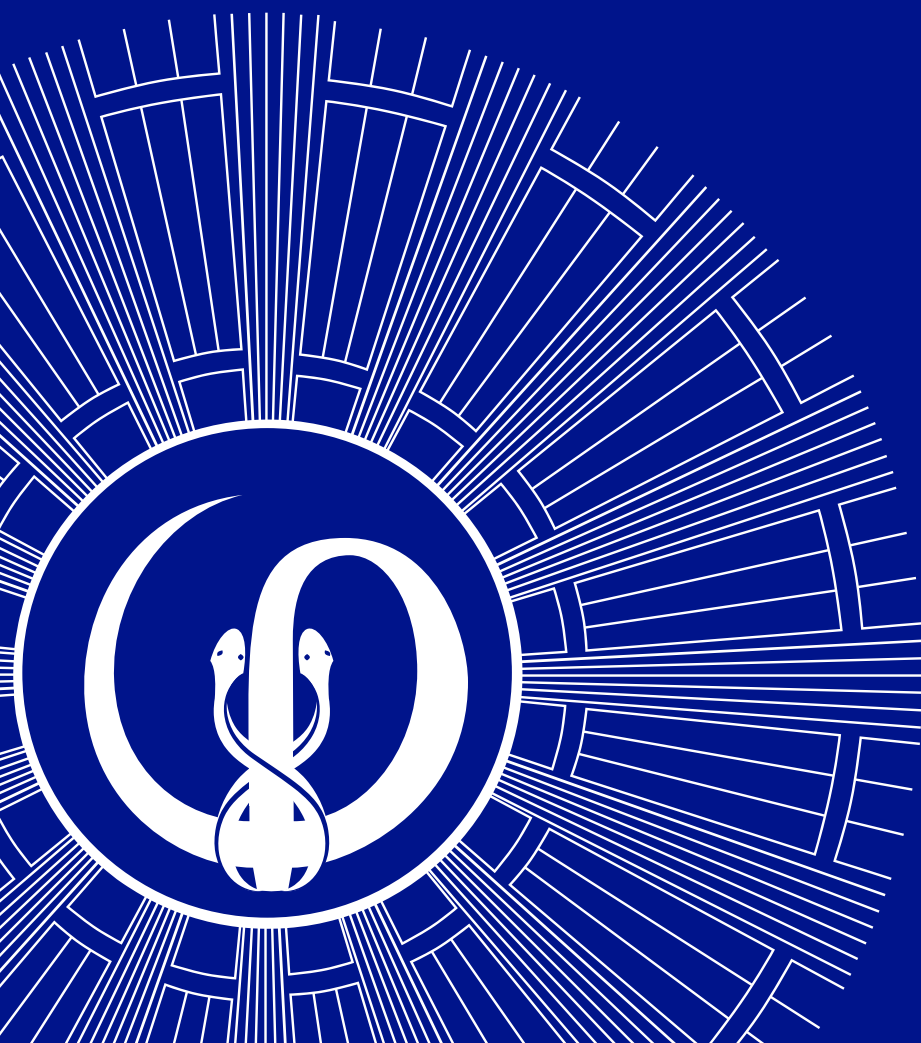


**POUR UNE CLINIQUE PHILOSOPHIQUE
DU BURN-OUT
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

V. Gateau, C. Fleury



Juin 2020

POUR UNE CLINIQUE PHILOSOPHIQUE DU BURN-OUT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

CHAIRE HUMANITÉS ET SANTÉ (CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS-CNAM)
CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL – GHU PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES

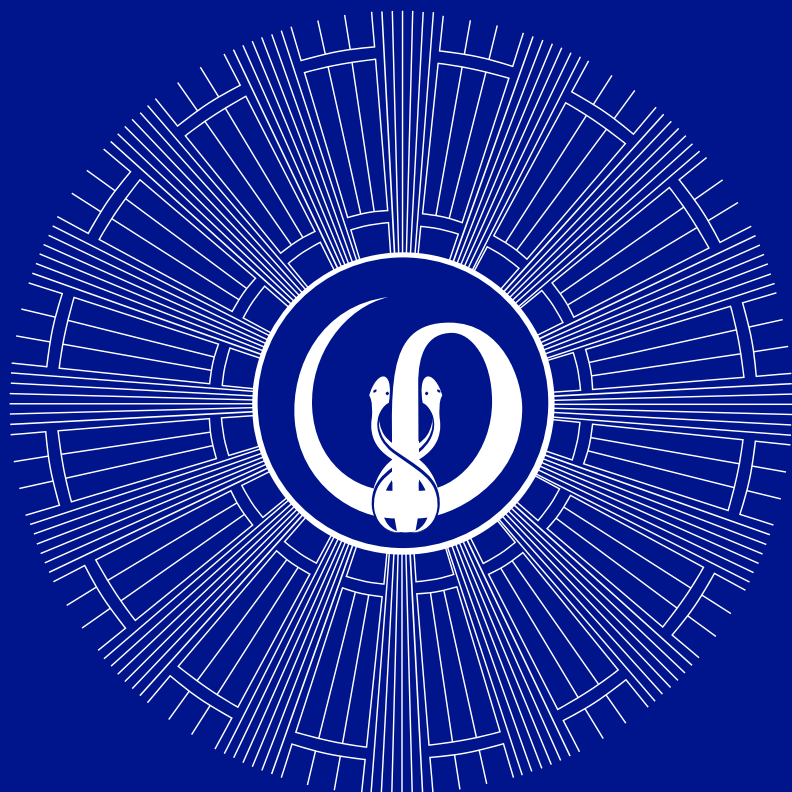
Juin 2020

AUTEURS : V. GATEAU¹, C.FLEURY²



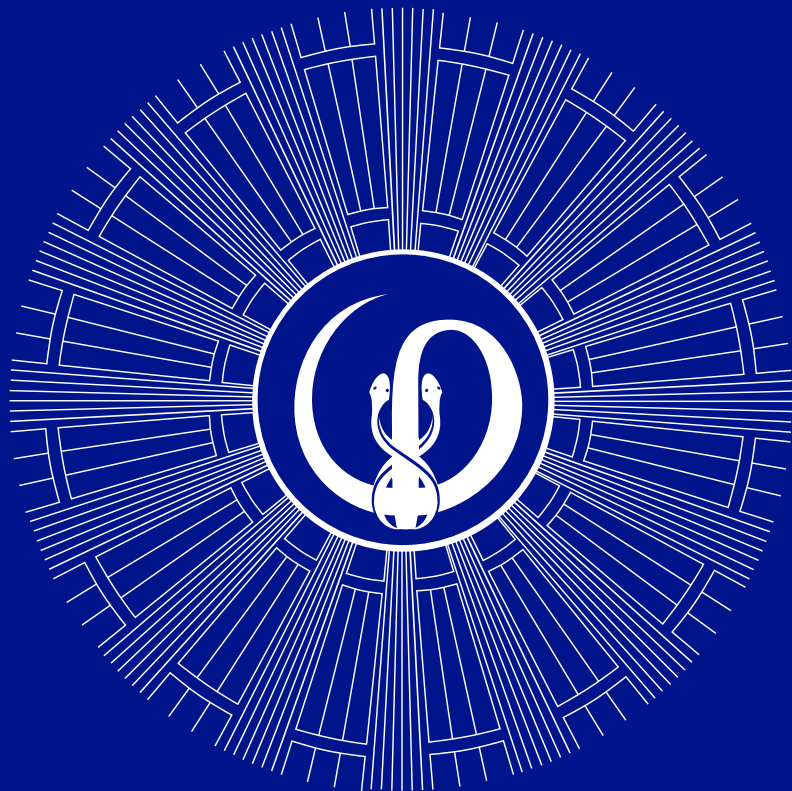
1 Docteur en philosophie, formatrice en éthique et bioéthique, chercheuse associée à la Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

2 Professeur titulaire de la Chaire Humanités et Santé au Conservatoire National des Arts et Métiers, titulaire de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences



SOMMAIRE

INTRODUCTION	P.05
PANDÉMIE ET SOUFFRANCE DES SOIGNANTS	P.05
ORGANISATIONS DU TRAVAIL ET SOUFFRANCE AU TRAVAIL	P.06
SOUFFRANCE ET TRAVAIL SOIGNANT	P.06
PHILOSOPHIE DU BURN-OUT	P.07
UN RETOUR « À LA NORMALE » ?	P.08
1. LE TRAVAIL COMME FAIT SOCIAL TOTAL	P.11
1.1. LA CENTRALITÉ DU TRAVAIL	P.11
1.2. LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL : DÉFINITIONS ET CRITIQUES	P.14
1.3. LE BURN-OUT : SOUFFRANCE ET MÉTIERS DE LA RELATION D'AIDE	P.16
2. LE BURN-OUT DES PROFESSIONNELS DE SANTE	P.21
2.1. DES PROFESSIONS « À RISQUES ».	P.21
2.2. DES CAUSES MULTIPLES	P.23
2.3. DES PROFESSIONS À RISQUES ET « SANS RECOURS »	P.27
3. POUR UNE PHILOSOPHIE DU BURN-OUT DES SOIGNANTS	P.33
3.1. LA PHILOSOPHIE COMME RESSOURCE PROTECTRICE POUR LES SOIGNANTS	P.33
3.2. PHILOSOPHIES DU BURN-OUT	P.35
3.3. UNE CLINIQUE PHILOSOPHIQUE DU BURN-OUT	P.39
3.4. ÉQUIPES ET « LIVING LAB »	P.43
CONCLUSION	P.45
BIBLIOGRAPHIE	P.49



INTRODUCTION¹

« La question de la souffrance revêt une dimension éthique et philosophique dès lors que se rencontrent, dans le même affect, la passivité du souffrir subi, voire infligé par autrui, et une demande de sens ».

Paul Ricœur²

PANDÉMIE ET SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

Pendant l'épidémie de Covid-19, les soignants ont été soumis à un stress considérable, et à un rythme de travail effréné. Ils ont aussi été confrontés à la vulnérabilité des malades ainsi qu'à leur propre vulnérabilité, car ils étaient (et sont) particulièrement exposés au virus. Cette situation risque d'augmenter la souffrance professionnelle des soignants. À l'hôpital, « le personnel (...) au contact des malades atteints par la COVID-19 est exposé à des situations stressantes, voire traumatiques. Il est confronté à un risque de contamination qui met possiblement sa vie en péril. Il vient en aide à des patients en détresse et éprouve souvent des émotions intenses »³. Les soignants ont dû « faire vivre les valeurs du soin dans cette situation exceptionnelle »⁴. Ils ont aussi dû imaginer comment concilier l'éthique du soin individuel et l'éthique de la santé publique, ou encore comment maintenir, dans l'urgence, et face à une arrivée massive de patients, une démarche éthique⁵. En ville, les difficultés sont nombreuses et les conflits de valeurs quotidiens. Comme le raconte Ilhame Najem, généraliste : « Les soignants de ville sont appelés au domicile des malades les plus fragiles présentant de nombreuses comorbidités (...). Nous sommes pris entre deux feux. Poursuivre les soins délivrés au lit des malades les plus fragiles, ou rompre le suivi pour mieux les protéger d'une infection potentiellement mortelle ? »⁶. Le désarroi des soignants est d'abord éthique⁷, parce que la prise en charge du Covid-19 interroge sur l'action à mettre en œuvre pour « bien faire », en situation d'incertitude, et alors qu'aucune règle ne peut trancher. Comme le dit Ilhame Najem : « Notre mission, depuis Hippocrate, se fonde sur un principe : 'primum non nocere'. (...) Mais qui peut nous dire aujourd'hui ce qu'il faut faire pour ne pas nuire ? ». Pour accompagner les soignants dans ces difficultés, de nombreuses cellules de soutien éthique et psychologique se sont mises en place, ce qui atteste de la grande solidarité qui s'est organisée entre soignants (psychiatres et psychologues se mettant à disposition de leurs confrères), comme entre soignants et « éthiciens » (philosophes, sociologues, historiens, juristes etc. se mettant à la disposition des soignants pour accompagner leur réflexion).

1 L'introduction reprend en partie un article publié dans la Revue *Soins* (à paraître, juin 2020).

2 RICŒUR P., *La souffrance n'est pas la douleur*. Dans : MARIN C., ZACCAI-REYNERS N., dir., *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, Paris : PUF, 2013, p.30.

3 JOSSE, E. (04/2020). *Sur le front d'une guerre biologique. La santé mentale du personnel hospitalier face au coronavirus* (En ligne), http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/sur_le_front_guerre_biolgique.pdf

4 VEBER, B, et al., « L'épidémie de COVID-19, un immense défi organisationnel, médical et humain pour les équipes d'anesthésie-réanimation », *Anesthésie & Réanimation*. 2020 (En ligne) <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2020.04.009tome>

5 *Ibid.*

6 NAJEM, I. (02/04/2020). « Médecin généraliste, je suis désarmée face aux patients en détresse », *Libération*. (En ligne) https://www.liberation.fr/debats/2020/04/02/medecin-generaliste-je-suis-desarmee-face-aux-patients-en-detresse_1783953

7 DESRIAUX F. (01/04/2020) « Avant d'être psychologique, le désarroi des soignants est éthique. Entretien avec Pascale Molinier, Professeure de psychologie sociale à l'Université Sorbonne Paris Nord », *Santé au travail*. (En ligne) <https://www.sante-et-travail.fr/detre-psychologique-desarroi-soignants-ethique>

ORGANISATIONS DU TRAVAIL ET SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Au fil des solidarités et réorganisations du travail, la pandémie a aussi généré un paradoxal « retour au sens »⁸ du métier de soignant. L'urgence a permis aux soignants de reconstituer un collectif centré sur le soin, mis à mal par des années de logique gestionnaire à l'hôpital. C'est ce dont témoigne par exemple un collectif de médecins hospitaliers : « *Durant cette pandémie, le (...) service de soin est redevenu la structure essentielle. Chacun a retrouvé le sens de son métier : les soignants ont soigné et l'administration les a aidés à soigner* »⁹. Avec ce retour au sens du métier, c'est la part des facteurs organisationnels dans la souffrance au travail qui apparaît plus clairement. La souffrance au travail n'est pas nouvelle¹⁰, celle des soignants non plus. Cela fait des années que le nombre de burn-out de soignants est en constante augmentation. Comme le rappelle un article récent, « *avant le début de la pandémie de Covid-19, chaque jour semblait apporter un nouveau titre sur la crise du burnout des médecins* »¹¹. Le burn-out et la souffrance au travail n'ont rien d'anodin. Dans les circonstances les plus graves, ils peuvent conduire à la dépression ou au suicide. Et en dehors de ces situations tragiques, leurs conséquences pour la santé et leurs coûts socio-économiques sont élevés. Le travail est en général bon pour la santé parce qu'il est « *le lieu par excellence de la socialité* » mais aussi celui de « *l'affirmation de la dignité humaine* » et enfin « *le moyen de la réalisation de soi* »¹². Mais lorsque ses conditions sont mauvaises, elles peuvent conduire à des problèmes de santé mentale et affecter profondément l'identité. Les organisations du travail participent de ces conditions. Pourtant, la souffrance au travail a longtemps été attribuée à une faiblesse individuelle ou à des drames intimes, dans lesquels « *les conditions de travail ne seraient que la dernière goutte qui ferait déborder un vase déjà plein* »¹³. Il a fallu le travail long et minutieux des humanités — sociologie, psychologie, philosophie, médecine etc. — pour montrer la centralité du travail dans la vie humaine. Il leur a souvent fallu se battre « *pour dévoiler des phénomènes que les employeurs, mais aussi une large part des salariés, préféraient (...) ignorer* »¹⁴, notamment la part du travail et de son organisation dans la santé mentale. Le premier chapitre (« Le travail comme fait social total ») met en perspective ces travaux et leurs principaux résultats.

SOUFFRANCE ET TRAVAIL SOIGNANT

Dans les professions soignantes, le burn-out a longtemps été passé sous silence, alors même que lorsqu'il affecte le soin, il a des conséquences sur la santé de ceux qui en souffrent, mais aussi sur la qualité des soins donnés. Les professions soignantes sont particulières. Elles sont vocationnelles, le plus souvent exercées par des personnes qui valorisent l'altruisme et sont très investies dans leur travail. Elles confrontent ceux qui les exercent à la souffrance et à la mort, tout en imposant un contrôle ou une dissimulation de leurs émotions. Elles suscitent des conflits de valeurs qui peuvent générer de la souffrance morale. Ces professions sont mises en difficulté par les nouvelles organisations du travail, souvent en désaccord complet avec les valeurs

8 DESRIAUX F. (01/04/2020), *op. cit.*

9 BENYANIMA A., BOILEAU C., CAUMES E., et al. (04/05/2020). « Libérons l'hôpital du fléau bureaucratique ! » *Le Figaro*, p. 24.

10 Le site Cairn dénombre par exemple 24 082 publications sur le thème « souffrance au travail » ces 10 dernières années. https://www.cairn.info/resultats_recherche.php

11 HARTZBAND, P., GROOPMAN, J., « Physician Burnout, Interrupted », *NEJM*, May 2020 (En ligne) <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2003149>.

12 GIRARDOT, D. « Travail et banalité du mal. Le concept arendtien de travail », *Travailler*, vol. 35, n° 1, 2016, pp. 213-232.

13 BAUDELLOT, C., GOLLAC, M., « Que peuvent dire les suicides au travail ? », *Sociologie*, vol. 6, n° 2, 2015, p. 194.

14 BAUDELLOT, C., GOLLAC, M., *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris : Fayard, 2003, p.17.

des soignants¹⁵. Un soin soumis au codage informatique, aux mesures de performance et à la conformité à divers protocoles rigides peut saper la motivation initiale des soignants, leurs valeurs, éroder le sens du travail, et conduire à l'épuisement professionnel¹⁶. Or, l'apprentissage des métiers soignants implique souvent une dénegation de sa propre vulnérabilité, ce qui complique la reconnaissance de sa souffrance et la recherche d'aide. D'autant plus que lorsqu'elle est dite, la souffrance professionnelle n'est pas toujours bien reçue. Comme le racontent certains médecins : « *Si tu fais un infarctus... (on dit) « Il est mort au travail. Il a trop travaillé ». Mais si tu fais un burnout : « il n'a pas été assez fort »... « C'est parce qu'il n'était pas capable »* »¹⁷. Comprendre les causes et conséquences spécifiques de la souffrance au travail des soignants est donc essentiel pour y apporter des réponses adaptées. Le second chapitre (« Le burnout des professionnels de santé ») s'y consacre.

PHILOSOPHIE DU BURN-OUT

Enfin, la pandémie actuelle contraint chacun (soignant ou non) à prendre conscience de notre vulnérabilité commune face à la souffrance et à la mort, et à voir combien notre autonomie ne peut se penser qu'au regard de notre vulnérabilité : notre autonomie est « *celle d'un être fragile, vulnérable* »¹⁸. Que notre vulnérabilité participe de la condition humaine, c'est ce que défendent les éthiques du *care*, pour lesquelles la vulnérabilité « *loin de caractériser un état transitoire qui devrait être dépassé dans l'accès à l'autonomie, ou un état pathologique résultant de l'impossibilité d'un tel accès, doit (...) être pensée comme une modalité irréductible de notre rapport au monde* »¹⁹. Ce que la pandémie nous invite à repenser ce sont les conditions d'accueil de notre vulnérabilité commune (dont le burn-out est une modalité), les conditions concrètes de la reconnaissance des métiers du soin, et enfin l'organisation du travail soignant. Dans cette perspective, la souffrance des soignants n'est ni le signe d'une faiblesse psychologique individuelle, ni le simple résultat d'organisations du travail délétères. Elle a trait aux questions existentielles, qui concernent l'expérience humaine dans toute sa complexité, et qui sont à l'intersection de questions éthiques et politiques en même temps que sociales et psychologiques. Le travail mobilise un être vivant, conscient, voulant subvenir à ses besoins, désirant faire sien le monde, et pour qui le sens de l'agir et les liens avec l'autre qui s'y constituent sont primordiaux. C'est pourquoi il sollicite chacun dans son identité, comme dans sa capacité à agir et à exercer sa responsabilité. Comme le formule Georges Canguilhem : « *Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles* »²⁰. Avec la pandémie, les soignants ont montré la force de leur engagement et de leur responsabilité individuelle et collective. Ceux qui hier étaient « *étiquetés fragiles* » sont aujourd'hui tous les jours « *au front du COVID* »²¹. Cette responsabilité

15 HARTZBAND, P., GROOPMAN, J. (2020), *op. cit.*

16 *Ibid.*

17 ROMAN, S., PREVOST, C., « La santé des médecins, état des connaissances et approches préventives », Programme d'Aide aux Médecins du Québec, 2015, p.4. (En ligne) http://www.pamq.org/assets/pdf/revue_litterature_2015_fr.pdf

18 RICŒUR, P. Autonomie et vulnérabilité. Dans : *La philosophie dans la Cité : Hommage à Hélène Ackermans*, Bruxelles : Presses de l'Université Saint-Louis, 1997, p. 122. (En ligne) <http://books.openedition.org/pusl/18960>

19 GARRAU, M., LE GOFF, A., Introduction. Dans : GARRAU, M., LE GOFF, A. dir., *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris : PUF, 2010, p. 6.

20 Georges CANGUILHEM, cité par Yves Clot : CLOT Y. « Prendre ses responsabilités ? De la santé au droit », *Sociologie du travail* Vol. 61 - n° 2, 2019, p. 2. (En ligne) <http://journals.openedition.org/sdt/17996>

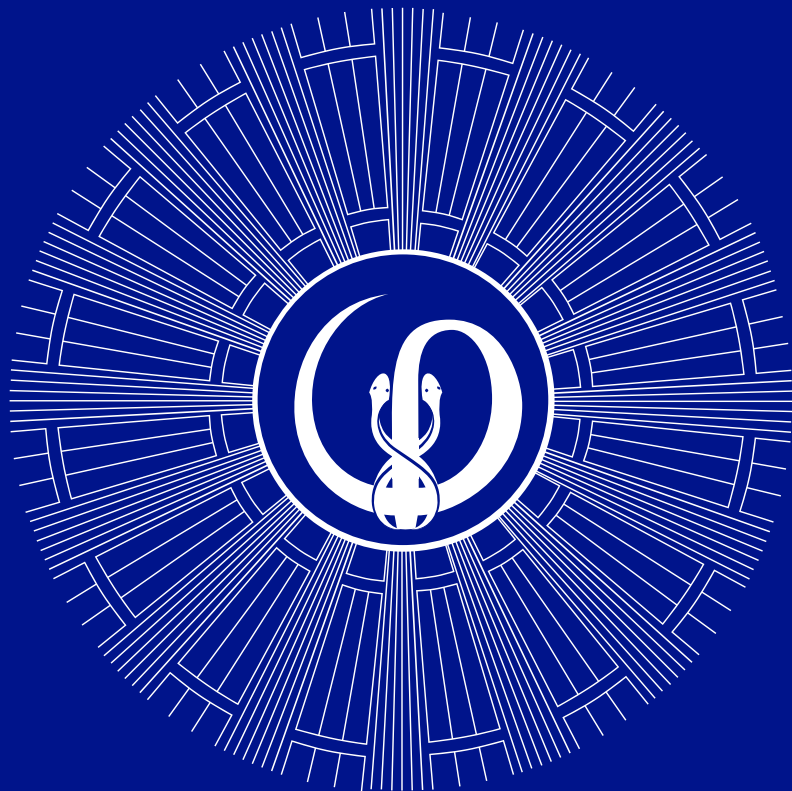
21 LIEUTAUD, T., PEZE M. (03/05/2020). « De l'héroïsation du travail des soignants au risque de leur désillusion massive », *Médiapart*. (En ligne) <https://blogs.mediapart.fr/marie-peze/blog/030520/de-l-heroisation-du-travail-des-soignants-au-risque-de-leur-desillusion-massive>

doit être reconnue et rendue possible par des choix politiques et éthiques qui doivent être débattus. Le troisième chapitre (« Pour une philosophie du burnout des soignants ») se consacre à ces enjeux.

UN RETOUR « À LA NORMALE » ?

Actuellement, de nombreux soignants craignent le « retour à la normale », c'est à dire le retour au manque de moyens et de personnel, à la gestion des « flux », aux statuts précaires et à l'épuisement qui conduisent à un soin « dégradé »²². Leur parole doit être entendue et constituer le point de départ des solutions à initier pour limiter le burn-out et repenser les conditions du soin. C'est pourquoi nous proposons d'ouvrir des dispositifs de recherche-action, au fil d'une clinique philosophique du burn-out, qui part des situations vécues par les soignants pour élaborer avec eux des solutions, et nourrir le débat moral et politique sur ces questions. C'est à la construction de tels dispositifs que se consacre (aussi) le troisième chapitre.

22 *Ibid.*



1. LE TRAVAIL COMME FAIT SOCIAL TOTAL

« C'est bien en ce sens que Comte enseignait que l'esprit ne peut être étudié que dans ses œuvres.
C'est bien pourquoi Lagneau a dit : "faire, et ce faisant, se faire".
Assurément il y a une Pensée éternelle et la philosophie est bien hors du temps.
Tout ce qui est vrai a déjà été dit. Mais il y a pour chaque moment un ajustement à la vérité
qui donne à ce moment sa signification. Disons donc au vingtième siècle
que le mot conscience n'a qu'un sens et qu'il n'y a de conscience que professionnelle ».
Georges Canguilhem²³

1.1. LA CENTRALITÉ DU TRAVAIL

Le travail a rarement été aussi valorisé que dans les sociétés contemporaines où les conditions de l'auto-réalisation individuelle sont largement dépendantes du travail. Il est un « *fait social total* »²⁴. À la base de l'économie, le travail structure le niveau de vie et l'insertion sociale de chacun, distribue les richesses et les biens, et organise les rôles sociaux. Il occupe une place centrale dans nos sociétés au point qu'être exclu du travail a des conséquences sur la vie sociale, familiale, conjugale, et affecte l'état de santé²⁵. Enfin, le travail structure en grande partie le temps humain : il organise les études, le temps des loisirs et de la retraite, qui sont indissociablement liés au temps consacré au travail²⁶. C'est pourquoi Christian Baudelot rappelle que le travail est plus que le travail : « *en être privé diminue d'autant la valeur et la qualité de la vie* »²⁷.

Les conditions et l'organisation du travail sont abondamment débattues et critiquées dans la réflexion sociale, morale et politique contemporaine, comme en témoigne le nombre élevé de publications sur ce sujet. Ces publications montrent l'évolution de la place du travail dans l'histoire humaine : du travail « punition », au travail « rédemption », en passant par le travail comme « condition sociale », le travail est devenu « vocation », et finalement « condition de l'épanouissement de soi »²⁸. Elles dénoncent les nouvelles organisations du travail qui incluent les nouvelles technologies, la « gouvernance par les nombres »²⁹, le rapport aux autres « désincarné », la mondialisation et la financiarisation de l'économie, etc. Ces organisations fragmentent les tâches, imposent la flexibilité et l'autonomie, et évaluent individuellement les résultats. Un nombre croissant de publications et de recherches pointe les conséquences délétères du travail ainsi organisé. Ces critiques émergent de disciplines multiples : médecine, sociologie, économie, psychologie, philosophie, etc.

Le travail a de nombreuses dimensions et échappe à une analyse strictement disciplinaire. Facteur d'intégration sociale et composante du bonheur, il est aussi de fait facteur d'exclusion et de « malheur » pour ceux

23 CANGUILHEM, G., *Œuvres complètes Tome I : écrits philosophiques et politiques 1926-1939*, Paris : Vrin, 2011, p. 323.

24 MEDA, D., *Le travail*, Paris : PUF, 2016, p. 2.

25 Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Commission des Déterminants sociaux de la santé », Rapport final. 2009.

26 ROYER, D. « Qu'en est-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ? », *Empan*, vol. n° 46, n° 2, 2002, pp. 18-25.

27 RENALOO. (29/04/2015) Travailler avec la dialyse ou la greffe, un défi ? Les résultats d'une grande enquête (En ligne) <http://www.renalloo.com/actualites2/les-dernieres-actualites-liste/1343-travailler-avec-la-dialyse-ou-la-greffe-un-defi-les-resultats-d-une-grande-enquete?showall=&limitstart>

28 ROYER, D. (2002), *op. cit.*

29 Selon le titre d'Alain Supiot. SUPIOT, A., *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris : Fayard, 2015.

qui en sont privés. Possibilité d'émancipation et de liberté, le travail comporte aussi un risque d'aliénation notamment dans les rapports de domination qui s'y jouent³⁰. Lieu de réalisation de soi, de créativité et de développement de la pensée, le travail peut aussi devenir « abrutissant »³¹, néfaste à la pensée, générer des troubles cognitifs et corroder les caractères³². Lieu de plaisir et de sublimation qui contribue à la construction et au maintien de l'identité individuelle³³, il peut aussi être le lieu d'une souffrance pathogène³⁴.

La souffrance au travail n'est pas uniquement le fait des nouvelles organisations du travail. Comme le montre Richard Sennett, il importe de se garder de toute « idéalisation » ou « sentimentalisme » quant aux formes plus anciennes de travail, qui pouvaient être profondément destructrices³⁵. Il s'agit plutôt de voir que dans le nouveau « style managérial » se formulent d'autres apories, qui reposent notamment sur la mise en scène d'une plus grande liberté souvent trompeuse. Dans ce contexte, la souffrance au travail prend des formes nouvelles, plus individuelles, dans des discours dont la tournure psychologique – voire existentielle – diffère de la tournure sociale ou politique des discours précédents. La préoccupation pour les *conditions* de travail n'est pas nouvelle en France, comme le montre Michel Gollac³⁶. C'est l'intérêt pour les *organisations* de travail et pour la souffrance psychique des personnes, dans un contexte où la souffrance vécue individuellement ne se traduit plus collectivement au sein d'une « condition partagée »³⁷ qui est nouveau.

Cette souffrance psychique se manifeste par des souffrances individuelles à bas bruit, comme par exemple « *cet homme, la quarantaine, hagard. Pendant une heure il s'est tenu immobile devant son ordinateur. La bouche ouverte, les yeux hallucinés, il semblait pétrifié. Il avait commencé la journée en vérifiant quelques chiffres sur un tableau comptable. Puis ce fut le noir, un vide des profondeurs, une absence qui ressemblait à une folie* »³⁸. Elle se manifeste aussi dans des drames collectifs, comme la « vague » de suicides au travail à France Telecom entre 2008 et 2010. En France, cette souffrance « individuelle », « psychique » au travail, est analysée entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 par des auteurs comme Marie-France Hirigoyen³⁹, Alain Ehrenberg⁴⁰, Christophe Dejours⁴¹, Yves Clot⁴², et Christian Baudelot⁴³, qui montrent les liens entre identité personnelle, travail, et reconnaissance.

30 Les rapports de domination au travail ont été discutés par Marx, qui insiste sur la forme économique de la domination de classe, la classe dominante organisant l'accaparement des moyens de production et l'aliénation de la classe ouvrière. Luc Boltanski a critiqué la domination « gestionnaire » dont un des tours de force est de nier l'idée de domination et de ne pas recourir à la répression mais d'exercer la domination au travers d'une injonction au « changement », dont la nécessité est présentée comme étant extérieure à la volonté des dominants. Voir BOLTANSKI, L., *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris: Gallimard, 2009. Jacques Rancière, lui, travaille sur l'émancipation et ses contextes d'émergence au sein des classes « socialement dominées » (notamment de la classe ouvrière). Voir NORDMANN, C., *Bourdieu / Rancière – La politique entre sociologie et philosophie*, Paris: Éditions Amsterdam, 2006.

31 CRAWFORD, B.M., Les contradictions du travail du bureau. Dans: *Éloge du Carburateur, essai sur le sens et la valeur du travail*, Paris: La découverte, 2016, pp. 145-184.

32 SENNETT, R., *Le travail sans qualités, les conséquences humaines de la flexibilité*, Paris: Albin Michel, 2000.

33 Sur ce sujet voir DEJOURS, C., Souffrance et plaisir au travail: l'approche par la psychopathologie du travail (1986). Dans: DEJOURS C. dir., *Situations du travail*, Paris: PUF, 2016, pp. 19-37.

34 MOLINIER, P., *Les enjeux psychiques au travail*, Paris: Payot, 2006.

35 Voir SENNETT, R. (2000) *op. cit.*, Ces « tromperies » de la liberté ou de l'autonomie sont aussi décrites par Alain Ehrenberg, voir EHRENBURG, A., « Souffrir au travail: purger les passions ou ouvrir la voie à l'action? », *Esprit*, vol. 10, 2011, pp. 148-157.

36 GOLLAC M. VOLKOFF S. (07/2010). *Mesurer le travail Une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine* (En ligne), http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/2011/mesurer_le_travail_gollac_volkoff_cee_2010_chsct.pdf

37 BAUDELLOT, C., GOLLAC, M. (2003), *op. cit.* p. 234.

38 CHABOT, P., *Global burn-out*, Paris: PUF, année ?? p. 12.

39 HIRIGOYEN, M.F., *Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien*, Paris: Syros, 1998. HIRIGOYEN M.F., « Le harcèlement moral au travail en 2003 », *Le journal international de victimologie*, vol. 1 n° 3, 2003, p. 1-10. (En ligne) <http://docplayer.fr/12514498-Journal-international-de-victimologie-international-journal-of-victimology.html>

40 EHRENBURG, A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris: Odile Jacob, 2000.

41 DEJOURS, C., *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris: Éditions du Seuil, 1998.

42 CLOT, Y., « Clinique du travail et clinique de l'activité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, n° 1, 2006, pp. 165-177.

43 BAUDELLOT, C., GOLLAC, M. (2003), *op. cit.*

Ces recherches nourrissent un dialogue important avec les théories philosophiques de la reconnaissance qui s'inscrivent dans la filiation d'Hegel et du concept de la lutte pour la reconnaissance. Ces théories, particulièrement celle du philosophe Axel Honneth, posent que les conflits sociaux contemporains doivent être analysés comme des luttes pour la reconnaissance, au fil de différents processus et dans différentes sphères (l'amour, le droit, la société). Lorsque la reconnaissance est rendue impossible, des pathologies sociales se développent. Les travaux d'Emmanuel Renault sur la souffrance sociale (notamment au travail) s'inscrivent dans ce courant. Il propose de « rendre compte de la souffrance vécue, la constituer en objet de récit et de connaissance »⁴⁴ pour lutter « contre la réduction des confrontations politiques au cercle étroit des questions liées à l'efficacité économique ou au respect égal des droits universels »⁴⁵ et « sortir des pans entiers de la société de l'invisibilisation en rendant ainsi aux individus concernés la capacité de revendiquer et d'agir collectivement pour transformer les conditions de leur existence ».⁴⁶

En psychologie, la psychodynamique du travail de Christophe Dejours et la clinique de l'activité d'Yves Clot, développent des approches centrées sur les mécanismes psychiques individuels et collectifs mobilisés dans le travail. Christophe Dejours propose une analyse des processus intersubjectifs mobilisés dans les situations de travail. Selon lui, le travail réel, parce qu'il diffère toujours du travail prescrit, génère une souffrance liée à la résistance du réel et à la nécessité de trouver des ruses, des « trouvailles », pour effectuer le travail. Cette souffrance connaît plusieurs « destins ». Elle peut être sublimée en plaisir, et dans ce cas, « la reconnaissance dont on peut bénéficier grâce au travail s'inscrit très précisément dans la dynamique de construction et de stabilisation de l'identité »⁴⁷. Mais la souffrance peut aussi générer des stratégies de défenses individuelles (auto-accélération) ou collectives (comportements « insolites » par exemple). Elle peut conduire, lorsque la reconnaissance est rendue impossible, à une souffrance pathogène. La clinique de l'activité se centre sur la souffrance générée par l'impossibilité de penser les conflits sur la *qualité* du travail (qu'est-ce que le travail « bien » fait ?). Ces conflits, passés sous silence au lieu d'être débattus collectivement, génèrent de la souffrance. Ici, la reconnaissance « est moins la reconnaissance par autrui (...) que la possibilité pour les travailleurs de se reconnaître dans ce qu'ils font, c'est-à-dire dans quelque chose »⁴⁸. Lorsque l'on ne peut plus se reconnaître dans ce que l'on fait — dans son métier — alors le travail peut générer une crise de la « conscience professionnelle » dont les conséquences peuvent être tragiques.

La principale difficulté de ces approches est le caractère multifactoriel de la souffrance : comment démêler, ce qui, dans la souffrance au travail, dépend de la personne et de ses « failles », de ce qui dépend du travail lui-même ? Comme le résume Christian Baudelot à propos de suicides liés au travail : « Les personnes mettant fin à leur vie dans un cadre professionnel seraient-elles des personnes vulnérables en raison de problèmes personnels et psychologiques antérieurs, les autres, normales, n'en mourant pas ? »⁴⁹.

Malgré la tension entre facteurs individuels et organisationnels de la souffrance, ces travaux ont contribué à la reconnaissance du lien entre travail et souffrance, et à l'élaboration de politiques de prévention des risques psychosociaux au travail. D'abord en alertant les pouvoirs publics sur ces situations, mais aussi en montrant « que le social s'incorpore à la psychologie des individus sous la forme de catégories de pensée, de préférences

44 RENAULT, E., *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*, Paris : La Découverte, 2008, p. 6. Voir aussi RENAULT, E. « En quoi le travail échappe-t-il aux théories de la justice ? », *Travailler*, vol. 36, n° 2, 2016, pp. 43-57

45 RENAULT, E. (2008), *op. cit.*, p.6.

46 *Ibid.*

47 Christophe Dejours, cité par Marie Potiron : POTIRON, M., « Psychodynamique de la reconnaissance au travail et identité », *Le Carnet PSY*, vol. 193, n° 8, 2015, p.30.

48 CLOT, Y. (2006), *op. cit.* p.167.

49 BAUDELLOT, C., GOLLAC M. (2015), *op. cit.*, p. 194.

et de goûts, de sentiments d'attraction pour les uns et de répulsion pour les autres, de valeurs intériorisées, d'impératifs catégoriques, etc... Bref, [qu'] il y a beaucoup de social dans le psychologique individuel»⁵⁰. La souffrance psychique au travail devient l'objet de politiques de prévention des risques psychosociaux au travail à partir de 2007, et passe au premier plan des préoccupations sociales et politiques. Une mission sur la définition, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail est confiée, par le Ministre du travail, à Patrick Legéron et Philippe Nasse⁵¹. En 2008, la protection de la santé physique et mentale des salariés est inscrite dans le Code du travail⁵². La même année, le « Rapport Nasse-Légeron »⁵³ recommande la mise en place d'une enquête consacrée aux risques « psychosociaux » au travail, et préconise qu'elle soit confiée à l'INSEE à l'aide d'un Collège d'expertise. Cette enquête donne lieu au *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*, désigné par la suite Rapport « Gollac », publié en 2011, et qui fait depuis référence.

1.2. LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL : DÉFINITIONS ET CRITIQUES

Le Rapport Gollac prend acte de l'enjeu majeur de santé publique que représentent les risques psychosociaux (RPS) au travail, notamment au regard des trois domaines de la santé dans lesquels des effets des facteurs psychosociaux au travail ont été documentés (et dont le coût est élevé). Les maladies cardiovasculaires (premier rang des dépenses de santé), les problèmes de santé mentale dont l'anxiété et la dépression (second rang des dépenses de santé), ainsi que les troubles musculo-squelettiques (troisième rang des dépenses de santé). Les rédacteurs, conscients de la polysémie de la notion, proposent une définition « opérationnelle » des risques psychosociaux au travail, pour quantifier et *prévenir* ces risques. Ils s'appuient sur les données de l'épidémiologie, de l'épidémiologie psychiatrique, de l'ergonomie, de la gestion, de la psychologie et psychiatrie cliniques, de la médecine du travail, de la sociologie, de l'économie et du droit. Les risques psychosociaux au travail sont définis comme : « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »⁵⁴. Six facteurs de risque de souffrance au travail sont retenus : l'intensité et le temps de travail⁵⁵, les exigences émotionnelles⁵⁶, le manque d'autonomie et de latitude décisionnelle⁵⁷, des rap-

50 BAUDELLOT, C., GOLLAC M. (2015), *op. cit.*, p. 194.

51 GOLLAC M. VOLKOFF S. (07/2010), *op. cit.*

52 « Une obligation générale de sécurité incombe à l'employeur (article L. 4121-1 du Code du travail). Il lui revient d'évaluer les risques, y compris psychosociaux, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Cette obligation générale repose sur une approche globale de la prévention des risques professionnels. Il ne s'agit pas seulement de rechercher la conformité à des obligations précises mais d'obtenir le résultat attendu (assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés) ». Voir le Site de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Page consacrée aux risques psychosociaux : <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

53 NASSE, P., LÉGERON, P., *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Rapport au Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 12 mars 2008

54 GOLLAC, M., BODIER M., et les membres du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*, Paris, 2011.

55 Forte demande, tâche complexe, travail exigeant quantitativement et qualitativement, contraintes de rythmes, tâches à réaliser dans un temps contraint, appelant des efforts de concentration, objectifs irréalistes ou flous, polyvalence, injonctions contradictoires et interruptions d'activité etc.

56 Rapport au public / nécessité de maîtriser et de façonner ses émotions, contact avec la souffrance, peur de la violence ou de l'échec etc.

57 Possibilité pour le travailleur d'être acteur, et non passif, vis-à-vis de son travail; travail monotone ou répétitif; plaisir au travail, initiative possible; accroissement possible des compétences; etc.

ports sociaux dégradés au travail⁵⁸, les conflits de valeurs⁵⁹, et l'insécurité de la situation de travail⁶⁰. Leurs effets sont cumulatifs et dépendent de la durée d'exposition. Le rapport ajoute certaines « caractéristiques individuelles » qui interfèrent avec les facteurs psychosociaux collectifs : un passé en termes de risques psychosociaux, les ressources et contraintes extra-professionnelles (soutien social, soutien émotionnel, charge de la famille etc.), la trajectoire sociale, et les « *traits de personnalité* » — ces derniers, après discussion, sont abandonnés pour le suivi des risques psychosociaux⁶¹. Finalement, « *les risques psychosociaux (RPS) naissant à l'interface de l'individu (le psychologique) et de l'environnement de travail (le social) engagent désormais la responsabilité de l'entreprise* »⁶².

Les travaux sur la souffrance au travail qui débutent dans les années 1990 ont œuvré, avant ce rapport synthétique, pour que la souffrance au travail soit prise au sérieux, et on ne peut que regretter, avec Yves Clot⁶³, que la recherche de solutions ne soit devenue centrale qu'après un nombre dramatique de suicides au travail. Dans ce contexte, le rapport est favorablement accueilli par les syndicats, les entreprises et les services publics. Il génère de nombreuses recherches et met la souffrance au travail au centre des débats. Des réseaux de recherches et d'actions s'en inspirent, favorisant la discussion publique sur la santé au travail. Le rapport légitime les initiatives publiques en la matière⁶⁴ ainsi que les dispositifs de prévention des RPS.

Ce rapport est aussi l'objet de critiques : la première vise sa focalisation sur le stress, « premier risque psychosocial », par lequel « *la souffrance passe dans les risques psycho-sociaux* »⁶⁵. Or, le stress renvoie au vécu (et à l'individu) plus qu'au travail (et à son organisation). En effet, le stress professionnel survient « *lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et ses propres ressources pour y faire face* »⁶⁶. La seconde critique, portée par la clinique et la psychodynamique du travail, est que ce rapport propose une conception de la souffrance au travail dans laquelle on peut lire un sujet fragile et passif, conception qui favorise la détection des « vulnérabilités », plutôt que l'analyse des situations concrètes de travail. Enfin, le risque est de laisser se développer une nouvelle forme d'hygiénisme au travers de plans d'actions pensés « de haut en bas ». Les approches par la prévention des RPS risquent en effet de générer une multiplication de règles et protocoles, ajoutant de la gestion à la gestion, dans ce qu'Yves Clot appelle un « despotisme compassionnel »⁶⁷ nourri de bonnes intentions, qui tend à « psychologiser » le travail. Dans ce sens, la prévention de la souffrance au travail pourrait contribuer à nourrir l'extension « bio-psycho-sociale » de la médecine, décrite par Foucault et ses successeurs, dans laquelle « *il s'agit de plus en plus de lutter contre des troubles psychiques, les difficultés relationnelles en tout genre, le désinvestissement* »⁶⁸. Pour éviter cette tentation hygiéniste, Emmanuel Renault suggère d'intégrer la problématique de la souffrance sociale (ici au travail) dans un modèle plus large de critique, où il ne s'agit pas de psychologiser

58 Qualité des relations interpersonnelles, insertion dans un ou des collectifs, qualité des relations avec les supérieurs, reconnaissance ; style de direction et degré de justice de l'organisation ; violence éventuelle des relations.

59 Obligation de travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle ; conflit entre la tâche imposée et ses propres valeurs ou convictions ; qualité empêchée ; travail inutile etc. sont « *à l'origine de la prévalence élevée de détresse psychologique chez certaines catégories de personnel* ». GOLLAC, M., BODIER, M. (2011), *op. cit.* p. 151.

60 Insécurité et précarité de l'emploi ; soutenabilité du travail ; changements etc.

61 GOLLAC, M., BODIER, M. (2011), *op. cit.*, p.178.

62 OLIÉ, J. — P., LEGÉRON, P., "Le burn-out", *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 200, n° 2, 2016, p. 351.

63 CLOT, Y., *Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux au travail*, 2^e édition, Paris : La Découverte, 2015, p. 5-9.

64 *Ibid.*, p. 190.

65 *Ibid.*, p. 27.

66 *Ibid.*, p.110.

67 CLOT, Y. (2015), *op. cit.*, p. 132.

68 GOLSE, A., *De la médecine de la maladie à la médecine de la santé*. Dans : ARTIERES P. éd., *Michel Foucault et la médecine : Lectures et usages*, Paris : Éditions Kimé, 2001, p.277.

le travail (ou la souffrance) mais au contraire, de *politiser le psychologique* (et la souffrance) pour rendre la parole aux agents sociaux.

Malgré ces critiques, l'intérêt pour la souffrance au travail continue d'augmenter. Comme le montre Michel Gollac, ce champ de recherches et d'actions s'est considérablement élargi, nourri de la diversité des approches disciplinaires et interdisciplinaires⁶⁹. Par ailleurs, les recherches sur la souffrance au travail ont eu pour effet d'ouvrir la voie aux études sur la souffrance générée par le travail soignant, « *terrain resté longtemps sous-investigué en l'absence de demande* »⁷⁰. Car toutes les professions ne sont pas touchées de la même façon par la souffrance au travail. Les professions du soin, comme celles de l'éducation et du social, et plus largement les professions de la relation d'aide, sont plus touchées que d'autres par une forme particulière de souffrance au travail, le *burn-out*.

1.3. LE BURN-OUT : SOUFFRANCE ET MÉTIERS DE LA RELATION D'AIDE

Le terme « burn-out » est utilisé la première fois par Herbert Freudenberger en 1974, pour décrire l'état physique, psychique et comportemental des soignants qui se consacrent à l'accompagnement des personnes toxicomanes⁷¹. Littéralement, le burn-out correspond à « *l'état de l'individu vidé de toute son énergie, comme s'il avait été victime d'un incendie intérieur* »⁷². Il touche principalement les soignants, ce qui fait dire à Pierre Canouï que le terme a été « *créé par des soignants pour des soignants* »⁷³ pour décrire « *un état psychique et physique particulier qu'aucun autre terme de psychopathologie ne permet de caractériser* »⁷⁴. Deux ans après Freudenberger, Christina Maslach élargit la définition à ceux qui travaillent dans les relations d'aide : travailleurs sociaux, avocats commis d'office, infirmières psychiatriques, psychiatres et psychologues etc. Bref, à la triade soignants, enseignants, travailleurs sociaux — professions depuis quelques années rassemblées sous le terme de professions du *care*. Le burn-out décrit par Maslach est caractérisé par trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail. Gardant comme critère la relation d'aide, le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel du soignant (SEPS) est défini par Bernard et Duquette⁷⁵ comme « *une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens* »⁷⁶.

Le syndrome du burn-out est le plus souvent mesuré par le Maslach Burnout Inventory (MBI), questionnaire d'une vingtaine d'items qui portent sur les trois dimensions du syndrome : épuisement émotionnel, déshumanisation de la relation à l'autre, perte de sens de l'accomplissement de soi au travail. La première version du MBI est centrée sur les professionnels de santé, une version a ensuite été proposée pour les enseignants et une troisième pour la population générale⁷⁷. Mais l'élargissement de la définition à d'autres

69 GOLLAC M., « Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction », *Travail et Emploi*, 129, 2012, pp.5-10.

70 MOLINIER, P., FLOTTE, A., « Travail et santé mentale : approches cliniques », *Travail et Emploi*, 129, 2012, p. 52.

71 FREUDENBERGER, H.J., « Staff-Burnout », *Journal of Social Issues*, vol. 30(1), 1974, pp. 159-165.

72 FREUDENBERGER, H.J., NORTH, G. (1985), Cités par EDEY GAMASSOU, C., Comprendre et prévenir les risques de l'engagement dans les métiers du *care*. Dans : COURTET, C., éd., *Risques du travail, la santé négociée*, Paris : La Découverte, 2012, p. 267.

73 CANOÛI, P., « La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques », *InfoKara*, vol. 18, n° 2, 2003, p. 101.

74 *Ibid.*, p. 101.

75 BEDARD, D., DUQUETTE, A., « L'épuisement professionnel, un concept à préciser », *L'infirmière du Québec*, Vol 6, N° 1, 1998, pp. 18-23.

76 *Ibid.*

77 OLIÉ, J. - P., LEGÉRON, P. (2016) p. 357.

professions que les professions soignantes a généré beaucoup de confusions⁷⁸, d'autant plus que les principales nosographies médicales ne reconnaissent pas le burn-out.

Le burn-out apparaît dans la classification de l'OMS, mais dans le chapitre des « facteurs influents sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé » (et non dans les maladies). La définition retenue par l'OMS est la suivante : « *le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré. Trois dimensions le caractérisent : un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement ; un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail ; une perte d'efficacité professionnelle* »⁷⁹. On voit bien ici se rejouer la tension entre le caractère individuel de la souffrance (le stress à « gérer », qui peut renvoyer à une vulnérabilité personnelle) et son lien avec l'organisation du travail qui n'apparaît pas central pour l'OMS. En France, l'Académie de médecine considère que le burn-out n'est pas différent de la souffrance professionnelle et s'explique par les mêmes causes : « *Les facteurs étiologiques du burn-out sont ceux des risques psycho-sociaux (...) et ceux liés à la personnalité du sujet : des facteurs individuels peuvent être déterminants de vulnérabilité* »⁸⁰.

La Haute autorité de santé (HAS) est plus attentive aux conditions et aux organisations du travail. Elle indique que « *l'évolution des conditions et des organisations de travail est associée à une prévalence croissante des facteurs de risque psychosociaux susceptibles de porter atteinte à la santé à la fois physique et mentale* »⁸¹. Elle consacre un chapitre à la « particularité des soignants », dans lequel elle rappelle la grande fragilité des soignants à l'épuisement professionnel. « *Population à risque historiquement identifiée et objet de nombreuses études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donné la pénibilité de leur travail que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.)* »⁸².

Cette fragilité peut s'expliquer de plusieurs façons. Une des hypothèses est que ces professions sont des professions à *vocation*, dans lesquelles l'engagement personnel (psychique, moral, affectif) est majeur : « *c'est précisément parce que nous sommes consacrés à notre tâche que nous tombons dans le piège du craquage* » écrit Freudenberg⁸³. Cet engagement pourrait conduire au burn-out, au fil d'un dévouement excessif, pouvant amener le sujet « *à l'aliénation et conduire au surmenage et à l'épuisement* »⁸⁴. Une autre hypothèse tient au caractère des métiers eux-mêmes. Elle est formulée par Pascal Chabot, pour qui ces métiers (enseigner, soigner, et gouverner) traduisent des vocations « *liées au sujet, contrairement aux activités techniques et matérielles. Les relations éducatives, thérapeutiques et politiques veulent changer l'autre, lequel refuse parfois d'évoluer et, surtout, doit résister pour se construire* »⁸⁵. Ce sont pourtant les métiers « *de l'humanisme classique* »⁸⁶. Ils « *condensent les idéaux de Platon et d'Aristote lorsque ceux-ci imaginent un individu vertueux*

78 *Ibid.*, p. 349

79 OMS, définition du 28 mai 2019 Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Page « santé mentale ». https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/

80 OLIÉ J.-P., LEGÉRON P. (2016), *op. cit.*, p. 349.

81 Haute Autorité de Santé (HAS). « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout », *RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE*, mai 2017

82 *Ibid.*

83 FREUDENBERGER, cité par Pascal IDE, IDE, P., « Le burn-out : une maladie du don ? », *Nouvelle revue théologique*, vol. 137, n° 2, 2015, p. 266.

84 EDEY GAMASSOU, C. (2012), *op. cit.*, p. 272.

85 CHABOT, P. (2013), *op. cit.*, p.72.

86 *Ibid.*

et sain dans une cité juste»⁸⁷, et sont les métiers qui firent l'Europe des lumières « dans son souci de la dignité humaine »⁸⁸. C'est pourquoi le burn-out est pour Philippe Chabot un « symptôme de la difficulté à soigner, éduquer et civiliser le sujet dans une société technicienne »⁸⁹, un épuisement de l'humanisme, une pathologie de la civilisation. Enfin, plusieurs approches expliquent le burn-out par la souffrance éthique ou morale à laquelle sont confrontés les soignants et professionnels de l'aide, au fil des conflits de valeurs que ces professions supposent : difficultés « à respecter sa conscience individuelle lorsque celle-ci s'oppose à des valeurs institutionnelles ou à la délégation d'un acte perçu comme problématique »⁹⁰, difficultés liées à l'incertitude quant à la « bonne » décision, ou encore incompatibilité des valeurs en jeu en situation⁹¹.

De plus, les conséquences du burn-out sont plus importantes dans ces professions. « Si pour tous les professionnels, on retrouve épuisement émotionnel et perte d'accomplissement de soi au travail, il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact si important »⁹². Et pour les professions soignantes, « les conséquences sur les professionnels de santé ont des répercussions non seulement humaines, mais aussi sur l'organisation et la qualité des soins »⁹³. C'est pourquoi « les soignants nécessitent une prise en charge spécifique »⁹⁴. Cette prise en charge suppose de comprendre les causes, conséquences et spécificités de la souffrance professionnelle des soignants.

87 *Ibid.*

88 *Ibid.*

89 *Ibid.*

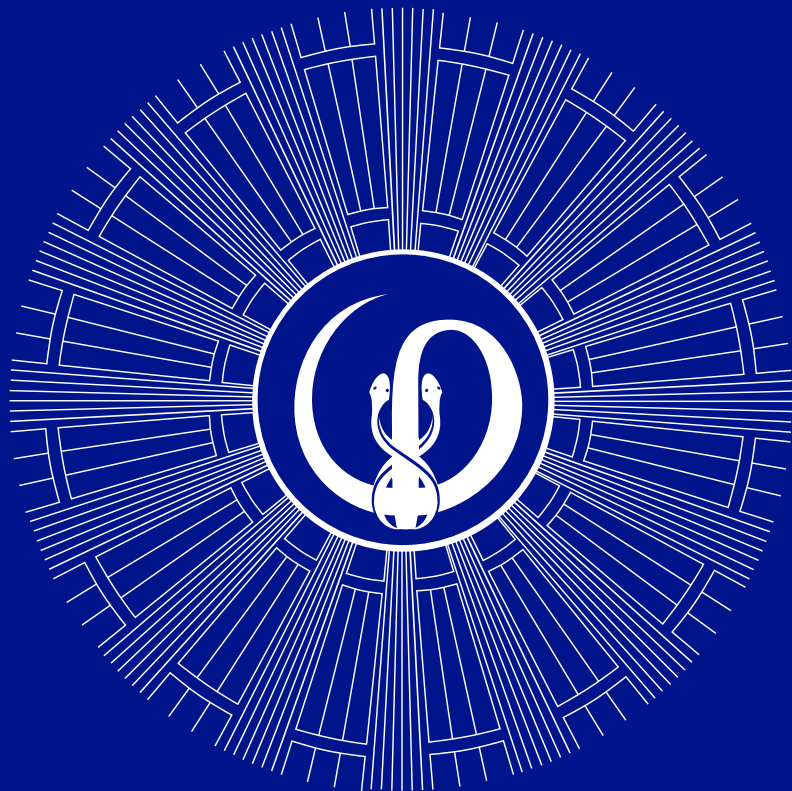
90 HURST, S., « Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme. La souffrance des soignants face au dilemme moral », *InfoKara*, vol. 16, n° 4, 2001, pp. 27-28.

91 DALMOLIN, G. de L., et al., « Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? », *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 22 (1), p. 35-42. (En ligne) http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000100035&lng=en&nrm=iso

92 CANOÛ, P. (2003), *op. cit.* p. 101.

93 Haute Autorité de Santé (HAS) (2017), *op. cit.*

94 *Ibid.*



2. LE BURN-OUT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Mais votre action, puisqu'elle doit combiner ses modes et ses moyens mécaniques avec les errements et les susceptibilités de la substance vivante, qu'elle doit composer le faire et le laisser-faire, se tenir au-dessous de la surface d'équilibres qui sépare la vie de la mort; et, comme elle doit aussi avoir égard à la sensibilité et à l'émotivité des personnes, est peut-être de toutes les actions concevables, celle qui embrasse le plus grand nombre de conditions indépendantes entre elles, à satisfaire »

Paul Valéry⁹⁵

2.1. DES PROFESSIONS « À RISQUES ».

La première spécificité du syndrome d'épuisement professionnel des soignants est sa forte prévalence. Plusieurs études conduisent à estimer que 47% des médecins libéraux présentent au moins deux des symptômes du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out syndrom⁹⁶ (en général il s'agit de l'épuisement émotionnel et de la déshumanisation). Pour les professionnels hospitaliers, une enquête sur les risques psychosociaux dans les établissements de santé est confiée à l'IGAS en 2016 par la Ministre des Affaires Sociale et de la Santé, après le suicide du professeur Mégnien à l'HEGP fin 2015. Le rapport de l'IGAS pointe l'insatisfaction des praticiens « *concernant les conditions de vie au travail, la prévention et la gestion des conflits et enfin la prévention des risques psychosociaux* »⁹⁷. L'IGAS rapporte que « *le taux d'internes présentant une symptomatologie dépressive significative est compris entre 20,9 % et 43,2 %* »⁹⁸. En 2018, une étude menée par Gérard Shadili et ses collègues estime que « *le taux de burn-out des médecins français serait compris entre 38 % et 52 %* »⁹⁹. Cette situation n'est pas spécifique à la France, puisque différentes études menées aux États-Unis rapportent un taux de burn-out des médecins hospitaliers alternant entre 27 et 60%¹⁰⁰. Ces études ne sont pas directement comparables, parce que certaines portent sur la satisfaction au travail (approche plutôt centrée sur les RPS) quand d'autres évaluent les composantes du burn-out. De plus, les trois dimensions du burn-out ne sont pas toujours présentes ni nécessaires au diagnostic¹⁰¹. Les recherches se centrent donc sur la présence d'une à trois des composantes du burn-out: l'épuisement émotionnel (« *un épuisement marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, une sensation que tout est difficile voire insurmontable* »¹⁰²), la dépersonnalisation (« *tendance à dépersonnaliser ses patients ou client qui sont vus de*

95 VALÉRY, P., *Variété III, IV et V*, Paris: Gallimard, 2002 (1936 pour Variété III, 1938 pour Variété IV, 1944 pour Variété V), p. 579-580.

96 GALAM E., « *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives* », COMMISSION PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE, Union Régionale des Médecins Libéraux (URLM) Ile-de-France, juin 2007. (En ligne) http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf

97 Inspection générale des affaires sociales (IGAS). « *Établissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux: recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale: recommandations pour une amélioration des pratiques* », RAPPORT N°2016-083R (Établi par DESAILLY-CHANSON M.A., SIAHMED H., ELSHOUD — IGAENR S.), décembre 2016.

98 *Ibid.*

99 SHADILI, G., GOUMARD, D., PROVOOST, J.-P., LE PALLEC, G., « *Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers* », *L'Information psychiatrique*, 94 (1), 2018, p.13.

100 Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (2016), *op. cit.*

101 GALAM, E., *L'erreur médicale, le burnout et le soignant*, Paris: Springer, 2012, p.124.

102 *Ibid.*

manière impersonnelle négative, détachée voire cynique »¹⁰³), et la réduction de l'accomplissement personnel (« le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même »¹⁰⁴). Cela rend les comparaisons difficiles. Malgré ces écarts, la concordance des données prend, selon Éric Galam, « l'allure d'une véritable épidémie à bas bruit »¹⁰⁵.

La deuxième spécificité de la souffrance des professionnels de santé est qu'elle conduit à nombre élevé de tentatives de suicides et de suicides aboutis, par leur meilleure connaissance de la toxicologie et des techniques « efficaces » de suicide¹⁰⁶. En Angleterre, « un recensement rétrospectif sur 35 ans et 260 suicides de médecins a mis en avant un risque deux fois plus grand par rapport à la population générale »¹⁰⁷. En France, en 2008, Yves Leopold montre par une étude rétrospective, que le suicide représente jusqu'à 14 % des décès chez les médecins, contre 5,9 % dans la population générale du même âge¹⁰⁸. En 2018, Gérard Shadili et ses collègues mettent en évidence le malaise profond des soignants hospitaliers, comme en attestent le suicide « d'un professeur parisien de renom »¹⁰⁹ mais aussi « ceux chaque année d'au moins cinq internes en Île-de-France »¹¹⁰, ou encore ceux « de cinq infirmières en 2015 »¹¹¹. Et lorsqu'il ne conduit (heureusement) pas au suicide, le burn-out des soignants reste fortement délétère. Il génère des troubles addictifs : prises de drogues, d'alcool, consommation de benzodiazépines, etc. Il est aussi à l'origine de nombreux arrêts de travail, et conduit fréquemment à des syndromes dépressifs. Bref, son coût est élevé¹¹².

Enfin, l'épuisement professionnel des soignants a des conséquences pour la santé des patients. Il affecte la relation de soin parce qu'il la déshumanise. La déshumanisation est le « noyau dur » du syndrome. Elle est marquée par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme¹¹³ dans laquelle le malade est réifié, résumé à ses symptômes ou organes. La déshumanisation, qui conduit au retrait de l'empathie, affecte les patients. Dans une étude récente, 65% de la satisfaction des patients interrogés était attribuée à l'empathie du chirurgien. La satisfaction ne variait pas avec le temps d'attente, le temps passé avec le chirurgien etc., mais avec l'empathie manifestée au patient¹¹⁴. Car l'empathie du soignant contribue à la qualité des soins. « De nombreuses études ont démontré l'impact positif de l'empathie sur les patients, que ce soit en termes de satisfaction vis-à-vis des soins reçus, de bien être psychologique, d'observance des prescriptions, de santé physique, et même de moindre tendance des patients victimes d'erreurs médicales à poursuivre leur médecin »¹¹⁵. A l'inverse, le burn-out des soignants est un facteur d'erreurs dans la prise en charge¹¹⁶. Une étude récente explore les conséquences des trois composantes du burn-out sur les soins. Elle constate que le burn-out des médecins

103 *Ibid.*

104 *Ibid.*

105 *Ibid.*

106 KUHN, C.M., FLANAGAN, E.M., "Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide", *Canadian Journal of Anesthesia*, 64, 2017, pp. 158-168. (En ligne) <https://link.springer.com/article/10.1007/s12630-016-0781-0>

107 GOORDEN, T., Le suicide des médecins. Dans : CORTEN P., *Le burn-out des quinquas*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2013, pp. 165.

108 LEOPOLD, Y., « Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé », *Le concours médical*. Vol. 130 — 8, 2008, pp. 398-399, cité par GALAM, E. (2012), *op. cit.* p. 125.

109 SHADILI, G., GOUMARD, D., PROVOOST, J.-P., LE PALLEC, G. (2018) *op. cit.*, p.15

110 *Ibid.*

111 *Ibid.*

112 SHADILI, G., GOUMARD, D., PROVOOST, J.-P., LE PALLEC, G. (2018) *op. cit.*, pp.13-18

113 CANOUÏ, P., Et si l'on arrêtait de s'épuiser au travail... Du burn-out des soignants ou global burn-out: Le burn-out, pourquoi, comment ?. Dans : COUTANCEAU R., BENNEGADI R., BORNSTEIN S., dir., *Stress, burn-out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif*, Paris : Dunod, 2016, pp. 19-33.

114 American Academy of Orthopaedic Surgeons. « Physician empathy a key driver of patient satisfaction: New study supports enhanced physician-patient communication training ». *ScienceDaily*. Mars 2016. (En ligne) www.sciencedaily.com/releases/2016/03/160301114118.htm

115 LECOMTE, J., « Empathie et ses effets », *EMC-Savoirs et soins infirmiers*, 2010, p.1.

116 WEST, C.P., TAN, A.D., HABERMANN, T.M., et al., "Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors", *JAMA*, 302, 2009, pp.1294-1300.

« est deux fois plus associé à des soins de mauvaise qualité et à un manque de « professionnalisme »¹¹⁷ (moins d'empathie, problèmes d'information, moindre suivi des recommandations). « En cas de dépersonnalisation, il y a même trois fois plus de chance que des lacunes dans la pratique professionnelle du praticien soient rapportées par le patient »¹¹⁸. Le burn-out des soignants est donc un enjeu crucial de santé publique, et le prévenir est essentiel¹¹⁹. Pour cela, il importe d'en comprendre les causes spécifiques¹²⁰.

2.2. DES CAUSES MULTIPLES

2.2.1. FACTEURS LIÉS AUX MÉTIERS

Tout d'abord, le métier de soignant confronte régulièrement à la souffrance, à la mort¹²¹ et à des traumatismes répétés : situations d'urgence, décès, accompagnement de la fin de vie, douleur, accidents tragiques, etc.¹²² Cette confrontation n'est pas anodine. Comme le raconte un ancien interne qui a arrêté ses études de médecine après un burn-out : « J'ai trouvé ça très anxiogène. (...) Il y avait une patiente de 38 ans avec un mélanome métastasé. Ses enfants de 7 et 10 ans et sa maman étaient venus la voir et le lendemain, elle est décédée. C'est un cas qui m'a beaucoup marqué¹²³. Cette confrontation parfois quotidienne s'accompagne de la nécessité de masquer ses émotions. La capacité à contrôler ses émotions doit s'apprendre au fil de la formation, ce qui n'est pas sans difficultés. Elle se construit en partie au prix d'un renoncement qui peut sembler paradoxal. Comme l'écrit Anne Fagot-Largeault, la motivation de la plupart des soignants, lorsqu'ils choisissent leur métier, est d'apporter leur aide à ceux qui souffrent, de leur faire du bien, pour lutter contre l'injustice que représentent la souffrance et la maladie. C'est la vocation des soignants. Pourtant, « il n'est pas rare que de jeunes étudiants en médecine ou en sciences infirmières qui ont commencé leur apprentissage animés d'un grand zèle humanitaire, deviennent après quelques années d'exercice des praticiens indifférents, pressés, fuyants, voire cyniques, qui n'écoutent plus les malades, méprisent leurs infirmités, négligent de traiter leurs douleurs, commentent leurs misères avec vulgarité »¹²⁴. Cela s'explique en partie par la formation des jeunes soignants qui, en même temps qu'ils apprennent le métier, intègrent ce qu'Éric Galam a appelé le « curriculum caché ». Au fil de la formation, le curriculum caché est assimilé par l'intégration de « commandements ». « Ces commandements peignent les contours du "bon" médecin. Le "bon" médecin ne se trompe pas, il n'hésite pas, il ne se dispute pas avec ses collègues ni avec ses patients et il ne se fatigue pas, même s'il travaille 30 heures d'affilée sans dormir. Surtout, il n'est pas sujet aux émotions malgré sa proximité avec les souffrances des patients et les soins qu'il est amené à leur prodiguer »¹²⁵. Cet apprentissage explique en

117 FOULT, M. (11/09/2018). « Le burn-out des médecins double le risque d'incidents de sécurité des patients », *Le Quotidien du médecin*. (En ligne) <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/le-burn-out-des-medecins-double-le-risque-d-incidents-de-securite-des-patients>

118 *Ibid.*

119 « For effectively supporting physicians and protecting patients in the face of circumstances that lead to burnout (...) is ultimately a patient safety issue », FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARD, "Physician Wellness and Burnout, Report and Recommendations of the FSMB Workgroup on Physician Wellness and Burnout", *Journal of medical regulation*, Vol. 104, n° 2, 2018, p. 37.

120 EDEY GAMASSOU, C. (2012), *op. cit.*, p. 266.

121 PUDDESTER D., « The Canadian Medical Association's Policy on Physician Health and Well-being », *The Western journal of medicine*, 174(1), 2001, pp. 5-7.

122 LEGERON P., Médecin : un métier à risques Stress, risques psychosociaux et burn-out. Dans : MAURY M. et al. Dir., *Les médecins ont aussi leurs maux à dire* Paris : ERES, 2019, pp.17- 59.

123 COUSIN, C. (15/11/2019). « Ils ont arrêté médecine : Maxime, 22 ans, burn-outé en 4^e année », *What's up Doc?*. (En ligne) <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/ils-ont-arrete-medicine-maxime-22-ans-burn-oute-en-4e-annee>

124 FAGOT-LARGEAULT, A., Sur la compassion. Dans : *Médecine et Philosophie*, Paris : PUF, 2010, p.246.

125 GALAM E. (29/03/2017), « Ehpap, hôpital : prendre soin de ceux qui nous soignent... et puis quoi encore? », *The conversation* (En ligne) <https://theconversation.com/ehpad-hopital-prendre-soin-de-ceux-qui-nous-soignent-et-puis-quoi-encore-74653>

partie la diminution de l'empathie des étudiants, qui, selon une étude américaine, est manifeste à partir de la troisième année universitaire¹²⁶. Or, le retrait des affects peut contribuer à la déshumanisation de la relation soignante, au cynisme, et à la perte du sens du travail, car « *l'exercice de la médecine clinique ne se conçoit pas sans humanité, sans désir d'aider le patient, donc sans une implication émotionnelle* »¹²⁷. De plus, l'apprentissage du métier est fréquemment maltraitant : humiliations des étudiants, mépris, intimidations, abus de pouvoirs et parfois abus sexuels sont tolérés et passés sous silence, dans l'idée « *qu'il faut en passer par là pour être formés* »¹²⁸ ; que « *cela fait partie du 'package' formation à l'hôpital* »¹²⁹. Quand la formation est maltraitante pour les étudiants, qu'apprennent-ils ? Selon Christophe Dejourn, essentiellement deux choses : « *la tolérance à des pratiques pour lesquelles jeunes, ils n'avaient aucune prédisposition ; et une désillusion sur l'éthique du soin, qui est souvent passée par une grande souffrance et aboutit à la formation d'un cynisme plus ou moins radicalisé* »¹³⁰.

La désillusion sur l'éthique du soin est d'autant plus dommageable que le travail soignant est générateur, plus que d'autres, de conflits éthiques. La difficulté à bien agir lorsque la situation met en jeu des conflits de valeurs participe au stress et à une forme de souffrance morale¹³¹. La souffrance face à un dilemme moral ou un « choix tragique » est fréquente en médecine. Il faut parfois arbitrer entre deux malades (attribution d'un greffon), entre deux valeurs (soulager la souffrance au risque de « donner la mort »), ou entre ses propres valeurs et celle des patients (interruption de grossesse) sans savoir ce qui constituerait « la » bonne décision. Les tensions et conflits de valeurs ne sont pas directement apparents, tant le problème est « *intriqué, complexe, rempli d'éléments qui ne figureraient pas dans une histoire inventée s'il s'agissait d'illustrer le problème de façon théorique* »¹³². Alors même que « *des éléments déterminants, comme par exemple la volonté préalable d'un patient inconscient ou son pronostic exact, peuvent manquer* »¹³³. Ils se traduisent alors par une forme de « malaise » difficile à formuler. Ces situations interrogent le sens « du travail de soignants », des « désespoirs thérapeutiques », « de la fin de vie et de la qualité de celle-ci »¹³⁴. Et lorsqu'il faut, pour travailler, trahir certaines valeurs importantes pour sa propre identité, « *c'est une souffrance que cette trahison* »¹³⁵. Enfin, « *une forme particulière, mais de plus en plus répandue, du conflit de valeurs, consiste à ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité à cause d'un manque de temps, de contraintes administratives ou d'un souci de productivité (c'est ce que l'on nomme la "qualité empêchée")* »¹³⁶.

126 HOJAT M., VERGARE M. J., MAXWELL, K., et. AL., "The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School", *Academic Medicine*, 84 (9) 2009, pp. 1182-1191.

127 FORMATION MEDICALE CONTINUE DINAN. (31/03/2017) *Un bon médecin est un médecin vivant*. (En ligne) <http://www.fmcdinan.org/2017/03/un-bon-medecin-est-un-medecin-vivant.html>

128 AUSLENDER, V., Introduction. Dans : *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris : Michalon, 2017, p. 21.

129 *Ibid.*

130 DEJOURS, C., Quand le « tournant gestionnaire » aggrave les décompensations des soignants. Dans : AUSLENDER, V. dir., *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris : Michalon, 2017, p. 212.

131 GIRARD, D., « Conflits de valeur et souffrance au travail », *Ethique publique*, vol. 11, n°2, 2009, pp. 129-138. (En ligne) <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/119>

132 HURST, S., « Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme. La souffrance des soignants face au dilemme moral », *InfoKara*, vol. 16, n° 4, 2001, p.28

133 *Ibid.*

134 CANOÛÏ, P. (2003), *op. cit.*, p. 104. DEJOURS, C. (2017), *op. cit.*, p. 208.

135 HURST, S. (2001), *op. cit.*, p.27.

136 LEGÉRON P., Médecin : un métier à risques Stress, risques psychosociaux et burn-out. Dans : MAURY M. et al. Dir., *Les médecins ont aussi leurs maux à dire* Paris : ERES, 2019, p.30.

2.2.2. FACTEURS PERSONNELS

Des facteurs personnels entrent aussi en compte. Le facteur personnel le plus invoqué (en plus de ceux identifiés par l'approche par les RPS) est l'idéalisation du métier. « *L'histoire du médecin candidat au burn-out commence par l'enthousiasme idéaliste de sa profession. Il se sur-identifie au client et dépense parfois une énergie excessive et inefficace, à l'imaginer, le comprendre et le prendre en charge sous tous ses aspects y compris les aspects psychosociaux, psychologiques, familiaux sinon amicaux débordant ainsi le cadre strict de ses interventions* »¹³⁷. Ce comportement est décrit dans la littérature anglophone comme le « *syndrome de John Wayne*': toujours prêt à se battre, même avec une flèche dans le cœur »¹³⁸. Dans cette optique, ce sont ceux qui manifestent « *une haute conception de l'idéal, voire une surexigence* »¹³⁹ qui ont le plus grand risque de burn-out, la désillusion étant à la hauteur de l'idéalisation. Le perfectionnisme et le déni de ses propres besoins, qui ont participé au choix de la profession, peuvent alors devenir des facteurs de risques¹⁴⁰. On peut cependant considérer l'auto-accélération et le surinvestissement comme des *conséquences* de la souffrance au travail, des tentatives pour la dépasser, et pas nécessairement le résultat d'une vocation¹⁴¹. C'est en ce sens que Philippe Zawieja intègre l'hyperactivité initiale au tableau clinique du burn-out¹⁴². Enfin, le lien entre vocation, souffrance et désillusion est probablement plus complexe, car la vocation elle-même n'est pas toujours univoque. Si la plupart des soignants « *présentent une personnalité riche et généreuse, se dévouant corps et âme à la survie de leurs patients (...)* », certaines motivations semblent loin de la vocation et peuvent être troubles voire « *perverses* »: « *narcissisme exacerbé, besoin de toute puissance, appât du gain, passages à l'acte sexuels (...)* etc. »¹⁴³.

2.2.3. FACTEURS ORGANISATIONNELS

Les évolutions sociales et les nouvelles organisations du travail contribuent à l'augmentation de la souffrance des soignants. D'une part, il est probable que les soignants et surtout les médecins ont été longtemps protégés du burn-out par la reconnaissance sociale du métier. Or, les médecins, particulièrement ceux qui exercent en libéral, ont parfois le sentiment d'une dévalorisation du statut de médecin, ce qui « *constitue une cause d'épuisement professionnel importante* »¹⁴⁴. Pour Stéphane Velut, le « *déclassement* » de la profession commence dans les années 1980, dans lesquelles peu à peu « *le pilote d'avion, le chirurgien cardiaque, le concepteur d'un pont, le grand écrivain, le philosophe... tous [quittent] le rang des personnages les plus estimés du pays* »¹⁴⁵. Ce sentiment de déclassement s'accompagne, en médecine libérale, d'une crainte accrue de faire une erreur ou d'être mis en cause par un patient, le médecin se trouvant parfois « *face à des patients (...)*

137 DELBROUCK, M., « Burn-out et médecine : Le syndrome d'épuisement professionnel », *Cahiers de psychologie clinique*, n°28 (1), 2007, p. 124.

138 KOVSS-MASFETY, V., SAUNDER, L., « Le burnout : historique, mesures et controverses », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 78, 2017, p. 17.

139 IDE, P. (2015) *op. cit.*, p. 267.

140 FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARD, 2018, *op. cit.* Voir aussi KUHN, C.M., FLANAGAN, E.M. (2017) *op. cit.*, « *Medical students learn cultural imperatives such as service, excellence, competence, and compassion. (...) These are important sources of pride for physicians, but each can become destructive if not balanced* ».

141 L'approche par la psychodynamique du travail par exemple pose qu'il y a toujours de la souffrance au travail, et l'auto-accélération peut être une défense contre cette souffrance.

142 ZAWIEJA P., Clinique du burn out. Dans : *Le burn out*, Paris : PUF, 2015, pp 11-36.

143 DELBROUCK, M. (2007), *op. cit.*, p. 128.

144 DAGRADA, H., VERBANCK, P., KORNREICH, C., « Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques », *Rev Med Brux*, vol. 32, 2011, p. 409.

145 VELUT, S., *L'Hôpital, une nouvelle industrie : Le langage comme symptôme* (E-book). Paris : Gallimard, 2020.

exigeants voire procéduriers»¹⁴⁶. Cette crainte est souvent vécue dans le silence et l'isolement. Or, « *l'isolement physique et psychoaffectif du soignant reste un facteur de stress* »¹⁴⁷. Une erreur non accompagnée peut conduire à une détresse importante : culpabilité, honte, crainte d'être mis en cause, de perdre sa réputation professionnelle, sentiment d'échec, peur de la judiciarisation sont courants, entraînant un risque accru de *burn-out* et d'erreur à nouveau¹⁴⁸.

D'autre part, le tournant gestionnaire de l'hôpital et les réorganisations du travail aggravent la souffrance des soignants hospitaliers. Dans les établissements de santé, « *on est passé en moins de deux décennies d'un mode de fonctionnement où les médecins disposaient d'une grande liberté (...) à un système de tarification à l'activité, limitant les dépenses sur la base des actes produits. L'évaluation externe s'est imposée, au travers (...) des démarches d'amélioration de la qualité sanctionnées par l'accréditation/certification désormais obligatoire dans tous les établissements de santé. La nécessité de surveiller les coûts a engendré l'utilisation d'un nombre croissant d'outils de gestion qui ont accru encore l'intensification du travail* »¹⁴⁹. Ces évolutions rapides transforment profondément le travail des soignants : codage, protocoles, coordination, usage intensif des outils informatiques (qui maintiennent loin du soin) mais aussi restrictions budgétaires, fermeture de lits, obligation de fonctionner à flux tendus, exigence de rentabilité etc. Le langage même tend à donner au travail une « *superficialité dégradante* »¹⁵⁰. C'est par exemple ce dont témoigne Stéphane Velut, lorsqu'il raconte sa perplexité à l'écoute d'un consultant venu, à l'hôpital, défendre « *une démarche d'excellence* », une nouvelle « *optimisation des flux* », une « *déclinaison des valeurs* », « *au service des patients* »¹⁵¹, sans rien connaître lui-même des métiers du soin. Dans ce contexte de gouvernance par les nombres, les équipes sont sous pression et l'autonomie des soignants est limitée. Or, comme l'a montré l'analyse par les RPS, la perte d'autonomie au travail génère de la souffrance¹⁵². Celle-ci est probablement accentuée dans les métiers à pratique prudentielle¹⁵³, dans lesquels la singularité des cas renvoie à la singularité de l'humain, et à la nécessité d'arbitrer « *prudemment* » entre plusieurs options possibles.

Entre les cadences augmentées, la faible autonomie, le manque de moyens et les tâches gestionnaires imposées, certains « *consentent à apporter leur concours à des pratiques que leur sens moral réprouve* »¹⁵⁴ (retirer le plateau d'un vieillard qui mange trop lentement, aligner les résidents et les « *doucher au jet* » etc.¹⁵⁵). Lorsque les équipes soignantes, par manque de temps et de moyens, sont conduites à prodiguer des soins dégradés voire maltraitants, elles souffrent. Car « *faire toute la journée des choses qu'on réprouve moralement*

146 Ordre des médecins. « *Le médecin malade* », Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des Médecins du 28 juin 2008 (Rapporteur LERICHE B.), juin 2008. <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmaladesynthese.pdf>

147 DELBROUCK, M. (2007), *op. cit.*, p. 128.

148 WU, A.W., "Medical Error: The Second Victim: The Doctor Who Makes the Mistake Needs Help Too", *British Medical Journal*, Vol. 320, n° 7237, 2000, pp. 726-727.

149 GREVIN, A., *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de « gestionnite »*, Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Nantes, spécialité Sciences de Gestion, 2011. (En ligne) <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00683586/document>, p.16.

150 Selon l'expression de Richard Sennett.

151 VELUT, S. (2020), *op. cit.*

152 LEGÉRON, P. (2019), *op. cit.*

153 PIERRU, F., « *Soigner l'humain* » : Supplément d'âme managérial ou point de passage obligé d'une réforme progressiste du système de santé ? Dans : GEORGES-TARRAGANO, C., ASTRE, H., PIERRU, F., Dir., *Soigner (l')humain manifeste pour un juste soin à un juste coût* (E-book). Rennes : Presses de l'EHESP, 2015.

154 DEJOURS, C. (2017), *op. cit.*, p. 208.

155 *Ibid.*, p. 208.

finit par atteindre l'image de soi. C'est un peu comme se trahir soi-même»¹⁵⁶. Les équipes développent alors des stratégies collectives de défense qui les protègent de la souffrance éthique, ressentie lorsque qu'un «sujet doté d'un sens moral»¹⁵⁷ réalise «une action allant à l'encontre de ce sens moral»¹⁵⁸.

Cette souffrance s'accompagne d'une plus grande maltraitance envers les novices — les étudiants notamment — parce que leur «naïveté», leur «bonne volonté», leur «sensibilité» à la souffrance des malades «heurte de plein fouet les stratégies de défense des soignants» qui ont déjà «trahi l'éthique professionnelle»¹⁵⁹. Les défenses, qui ont pour fonction de ne pas penser cette trahison peuvent alors générer l'agressivité collective vis-à-vis des novices. C'est en ce sens que la psychodynamique du travail analyse les maltraitances faites aux étudiants en santé qui sont documentées par Valérie Auslander, dans *Omerta à l'hôpital*¹⁶⁰. D'autres facteurs expliquent la maltraitance des étudiants: un univers concurrentiel et élitiste¹⁶¹, «l'esprit de corps»¹⁶² clivant, les luttes de pouvoir entre médecins et équipes dans lesquels les étudiants sont «mal identifiés donc mal protégés»¹⁶³, en partie parce qu'ils sont «'imposés' par l'administration qui est globalement perçue négativement, perception qui, par glissement, retombe sur les étudiants»¹⁶⁴, etc.

Mais ce qui est constant c'est le silence — l'omerta — sur ces maltraitances. Il fait écho au silence qui entoure la souffrance professionnelle et le burn-out des soignants, probablement parce que les équipes en souffrance sont aussi souvent les équipes qui maltraitent, souffrance et maltraitance étant également tues. Finalement, les soignants, plus vulnérables que d'autres au burn-out et à la souffrance professionnelle, sont aussi ceux pour qui sortir du silence et chercher de l'aide semble plus difficile.

2.3. DES PROFESSIONS À RISQUES ET « SANS RECOURS »

Chercher de l'aide est d'abord rendu difficile par la «contre-éducation» au fil de laquelle l'étudiant devient soignant. La formation conduit à «endurcir» le soignant pour qu'il résiste à la souffrance liée à sa pratique¹⁶⁵, ce qui ne laisse pas beaucoup de place à l'expression d'une vulnérabilité. De plus, il y a souvent une forme de dénégation, un sentiment illusoire d'immunité, dans lequel la maladie est ce qui arrive aux autres¹⁶⁶. Comme le rappelle Éric Galam, «les médecins croient être légitimes à ne pas se soigner. (...) Le fait que les

156 Interview de Christophe Dejourns: COLDERS, L. (Propos recueillis par) (01/10/2009) «Suicides de salariés: «Le monde du travail est aujourd'hui un lieu dévasté» (Christophe Dejourns, psychanalyste et professeur au Cnam)», *L'express*. (En ligne) https://lentreprise.lexpress.fr/rh-management/formation/suicides-de-salaries-le-monde-du-travail-est-aujourd-hui-un-lieu-devaste-christophe-dejourns-psychanalyste-et-professeur-au-cnam_1323996.html

157 MOLINIER, P., FLOTTE, A., «Travail et santé mentale: approches cliniques», *Travail et Emploi*, 129, 2012, pp. 54.

158 *Ibid.*

159 DEJOURS, C. (2017), *op. cit.*, p. 208.

160 AUSLANDER V., *Omerta à l'hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris: Michalon, 2017.

161 FLEURY C., *Une maltraitance institutionnelle*. Dans: AUSLANDER, V. dir., *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris: Michalon, 2017, p. 215.

162 LEFEVE C., *Peut-on former aux soins dans la violence?*. Dans: AUSLANDER, V. dir., *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris: Michalon, 2017, p. 224.

163 GODEAU E., *Comment se construire sous les insultes répétées?*. Dans: AUSLANDER, V. dir., *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris: Michalon, 2017, p. 238.

164 *Ibid.*, p.238.

165 DIOPPA, M.M., TORRIELLI, R., MION, G., BONNET, F., et les membres de la Commission SMART du Collège Français des anesthésistes-réanimateurs (15/02/11). Les associations de prise en charge des médecins en difficulté professionnelle (En ligne), https://www.cfar.org/images/stories/DOCSSmart/associations_prise_en_charge.pdf, p.66.

166 ADSHEAD, G., "Healing ourselves: Ethical issues in the care of sick doctors", *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 2005, pp. 330-337. (En ligne) <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/healing-ourselves-ethical-issues-in-the-care-of-sick-doctors/3AFF0DF6940006EFEF0D11160E36E151/core-reader>

*soignants se pensent invulnérables, indestructibles fait partie de ce qu'on appelle le curriculum caché*¹⁶⁷. Et il est vrai que « *les soignants sont en général peu attentifs à leur propre santé et peu enclins à en prendre soin d'eux-mêmes* »¹⁶⁸. En France, en 2011, ils étaient 85%¹⁶⁹ à ne pas avoir pas de médecin traitant, ce qui explique la campagne « Dis doc t'as ton doc ? » lancée en 2017 pour inciter les médecins à se faire suivre et pour « changer le modèle culturel des médecins »¹⁷⁰.

Et même lorsque la souffrance est reconnue, il reste difficile aux soignants de chercher de l'aide. Ils craignent de passer pour faibles, d'être jugés ou stigmatisés dans leur carrière, de perdre du temps (déjà compté). Ils craignent aussi la rupture du secret médical. Ces difficultés ont été bien identifiées dans la littérature internationale¹⁷¹. En France, une étude commandée par l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) montre que les soignants libéraux en souffrance renoncent à se faire aider 1) par manque de temps (et d'argent) (71%), et 2) par crainte que leur situation soit connue (69%)¹⁷². Ces difficultés peuvent conduire à l'automédication¹⁷³, à des traitements inappropriés, et à la consommation de substances (anxiolytiques / alcool etc.)¹⁷⁴. Enfin, nombreux sont les soignants interrogés qui ne savent pas où s'adresser pour obtenir de l'aide (plus de 80%), qui se sentent coupables (42%) ou, plus simplement, qui pensent qu'une aide ne leur servirait « à rien » (17%)¹⁷⁵.

La difficulté à chercher de l'aide est probablement renforcée lorsque la souffrance est psychique ou lorsqu'elle est « compensée » par des comportements addictifs. Quand un médecin « *souffre de désordres psychiques ou de problèmes d'addiction, il a peur d'en parler à un confrère* »¹⁷⁶. L'ouverture d'un dossier médical pouvant laisser des traces et la peur de croiser un confrère en salle d'attente sont anxiogènes¹⁷⁷. La maladie psychique est stigmatisée socialement, peut-être plus encore pour les professionnels de santé, qui construisent leur identité professionnelle autour du contrôle de soi (de ses émotions, comportements, affects etc.)¹⁷⁸. Cette stigmatisation retarde la demande d'aide¹⁷⁹.

Pour inciter les professionnels de santé à se faire aider, certains pays ont créé des dispositifs qui leur sont dédiés. Au Canada, le Programme d'aide aux Médecins du Québec (PAMQ) est ouvert depuis 1991 à tout médecin ou étudiant qui éprouve des difficultés. Il est basé sur le volontariat et apporte une aide confraternelle discrète, compréhensive et gratuite avec un haut niveau de confidentialité¹⁸⁰. Le programme a initialement été conçu pour apporter une aide aux médecins ayant des comportements addictifs. Mais les

167 Éric Galam, cité par le Syndicat des Médecins libéraux. SYNDICAT DES MÉDECINS LIBÉRAUX. (21/04/2015). *Médecins, mais pourquoi ne vous soignez-vous pas ?* — egora (En ligne). <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=2058-medecins-mais-pourquoi-ne-vous-soignez-vous-pas-egora>

168 LEGERON P. (2019), *op. cit.*, p.44.

169 DIOPPA, M.M., TORRIELLI, R., MION, G., BONNET, F. (2011), *op. cit.*, p.67.

170 Ministère des Solidarités et de la Santé. Page Dis doc t'as ton doc ? <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>

171 KUHN, C.M., FLANAGAN, E.M. (2017) *op. cit.*

172 STETHOS, *Vulnérabilités des professionnels de santé*. Rapport d'enquête, Octobre 2016. (En ligne) <https://www.asso-sps.fr/actualites/etudes>

173 L'automédication est dangereuse et fréquente, au point que la Commission Nationale Permanente du Conseil de l'Ordre des médecins a pu penser à l'interdire. Voir *Ordre des médecins* (2008) *op. cit.*

174 KUHN, C.M., FLANAGAN, E.M. (2017) *op. cit.*

175 STETHOS, *op. cit.*

176 CHABROL, A. (Coordonné par) (septembre-octobre 2008) Dossier « Le médecin Malade ». Interview des Drs Padrose et Beranger Camps ; *Médecin le magazine de l'ordre national des médecins*, p.27-28.

177 DIOPPA, M.M., TORRIELLI, R., MION, G., BONNET, F. (2011), *op. cit.*, p.67.

178 ADSHEAD, G. (2005), *op. cit.*

179 ADAMS, E.F., LEE, A.J., PRITCHARD, C.W., WHITE, R.J., « What Stops Us From Healing the Healers: a Survey of Help-Seeking Behaviour, Stigmatisation and Depression Within the Medical Profession », *International Journal of social psychiatry*, 56(4), 2010, pp. 359-70

180 Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) <http://www.pamq.org/fr/>

responsables ont observé très rapidement une augmentation des demandes liées à la santé mentale, dont l'épuisement professionnel¹⁸¹. En Catalogne, le Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade offre une prise en charge anonyme et gratuite, et dispose d'une unité de soin réservée aux professionnels de santé. Le code de déontologie catalan « prévoit que tout médecin qui constate une défaillance liée à l'état de santé d'un confrère susceptible de porter un risque pour la sécurité des patients doit se rapprocher du médecin malade pour lui recommander de consulter ou de contacter le programme »¹⁸². En 2018, l'American Medical Association (AMA) a intégré un « signalement confraternel » à son code d'éthique. Pour limiter les risques (et les conséquences) du burn-out, le code charge les médecins de préserver leur propre santé¹⁸³ et celle de leurs collègues.

*« To preserve the quality of their performance, physicians have a responsibility to maintain their health and wellness, broadly construed as preventing or treating acute or chronic diseases, including mental illness, disabilities, and occupational stress »*¹⁸⁴.

« To protect patient interests and ensure that their colleagues receive appropriate care and assistance, individually physicians have an ethical obligation to:

(a) Intervene in a timely manner to ensure that impaired colleagues cease practicing and receive appropriate assistance from a physician health program.

(b) Report impaired colleagues in keeping with ethics guidance and applicable law.

*(c) Assist recovered colleagues when they resume patient care »*¹⁸⁵.

Cette obligation éthique repose sur le constat que la santé mentale peut « interférer avec la capacité du médecin à exercer et faire courir un risque au patient, compromettre les relations professionnelles et faire diminuer la confiance dans la médecine »¹⁸⁶. Elle est assortie d'une obligation collective de promotion du bien être des médecins et de mise en œuvre de programmes de santé permettant aux médecins de préserver et d'améliorer leur santé. En France, les dispositifs d'aide sont répertoriés par la Commission SMART¹⁸⁷ du Collège français des anesthésistes réanimateurs. Il s'agit principalement d'associations qui offrent une aide téléphonique 24/24h aux soignants en difficulté, ainsi qu'un accompagnement vers des structures de soin. Ces dispositifs sont gratuits et garantissent l'anonymat.

Toutes ces propositions traduisent la prise de conscience, par la profession, des risques réels liés à la souffrance professionnelle. Elles manifestent un souci sincère pour la santé des soignants et des patients. Elles s'inscrivent dans la tradition de l'obligation déontologique d'assistance confraternelle entre médecins (« les médecins se doivent assistance dans l'adversité »). Enfin, elles témoignent de la mobilisation des professionnels pour prévenir la souffrance et accompagner les confrères dans le besoin.

En revanche, leurs formes diffèrent. Les dispositifs canadiens et français reposent sur le choix du médecin en difficulté de se signaler lui-même et de chercher de l'aide. C'est le dispositif d'aide qui est conçu comme un levier facilitant car il est gratuit, respecte la confidentialité, et peut être saisi à toute heure par un simple appel téléphonique. Le dispositif catalan suggère une forme de signalement différent. Il repose sur l'idée de

181 DIOPPA, M.M., TORRIELLI, R., MION, G., BONNET, F. (2011), *op. cit.*, p.68.

182 DIOPPA, M.M., TORRIELLI, R., MION, G., BONNET, F. (2011), *op. cit.*, p.72.

183 American Medical Association (AMA). Page « Physician Health & Wellness ». <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-health-wellness>

184 American Medical Association (AMA). Page « Physician Health & Wellness », *op. cit.*

185 American Medical Association (AMA). Page « Physician Responsibilities to Impaired Colleagues ». <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-responsibilities-impaired-colleagues>

186 American Medical Association (AMA). Page « Physician Responsibilities to Impaired Colleagues », *op. cit.* (Notre traduction)

187 SMART : Santé du Médecin Anesthésiste Réanimateur au Travail

se signaler comme recours possible face à un confrère en difficulté, pour lui apporter une aide et l'orienter vers une prise en charge adaptée et gratuite. Ces démarches préservent le secret médical et sont incitatives par leurs caractères gratuits et faciles d'accès.

Le signalement choisi par l'AMA semble en revanche problématique car il risque d'augmenter le retard dans la demande d'aide. Craindre d'être « signalé » par un confrère n'est sans doute pas la meilleure garantie d'une relation de confiance. De plus, l'injonction à signaler un confrère semble hasardeuse. Quels signes traduisent-ils un « *affaiblissement des capacités* » ? C'est d'ailleurs ce que notent les membres de la commission SMART. « *Le Code de Déontologie stipule (...) que : 'les médecins se doivent assistance dans l'adversité' (art. 56) et que : le médecin ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées* » (art. 71). *Encore faudrait-il s'entendre sur l'interprétation possible de ces règles professionnelles pour la santé du médecin et sur les nécessités d'un suivi par un confrère* »¹⁸⁸. La commission SMART suggère d'inscrire une injonction thérapeutique (et non une obligation de signalement) dans le Code de déontologie, mais se préoccupe de ce qu'elle ne devienne pas une coercition supplémentaire. Cette préoccupation est légitime, car les démarches qui visent à préserver la santé peuvent conduire, comme l'ont montré les travaux de Canguilhem et de Foucault, à une construction sociale du pathologique, dans laquelle les « déviances » (comportements addictifs etc.) doivent être redressées ou guéries¹⁸⁹, de façon contraignante si nécessaire. On peut aussi voir là ce qu'Ivan Illich décrit comme une invasion médicale jusque dans l'intimité, dans laquelle « *la médecine devient un atelier de réparation et d'entretien destiné à maintenir en état de fonctionnement l'homme usé par une production inhumaine* »¹⁹⁰.

Et alors même que les facteurs organisationnels sont largement identifiés comme contribuant au burn-out des soignants, aucune proposition ne porte sur *l'organisation* du travail. On retrouve ici la tension entre les approches centrées sur la personne et ses « failles », et celles centrées sur l'organisation du travail. Si les solutions proposées visent le risque individuel et sa prévention¹⁹¹, c'est en partie parce qu'elles s'inscrivent dans des démarches de préventions secondaires (organiser le dépistage précoce du burn-out) ou tertiaires (qui visent la prise en charge et le traitement des personnes atteintes de burn-out). La prévention primaire, qui vise à réduire l'apparition du burn-out en agissant *et* sur les conditions de travail *et* sur les facteurs de risques individuels est peu développée.

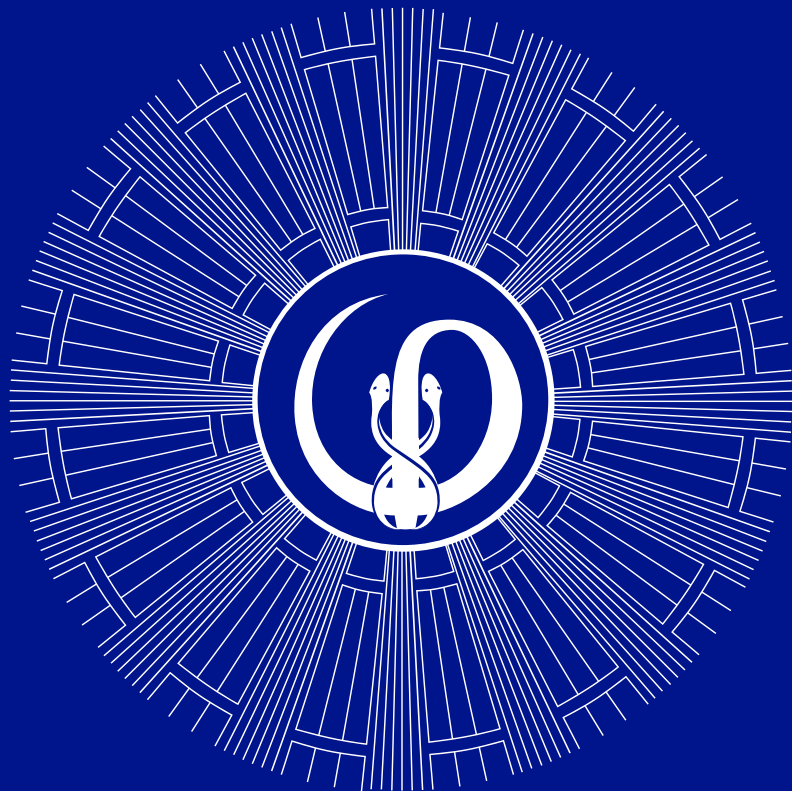
Enfin, ces propositions ne s'appuient pas ou peu sur les solutions mises en œuvre par les professionnels. Or les professionnels initient eux-mêmes des dispositifs de prévention du *burn-out*, principalement pour limiter la souffrance liée aux conflits de valeurs. Et ils sollicitent pour cela l'éthique et la philosophie, non pas dans leur caractère normatif, mais pour leurs méthodes de discussions des conflits de valeurs, pour questionner le sens d'une action morale en situation, ou, plus profondément, pour questionner les enjeux existentiels du soin.

188 DIOPPA, M.M., TORRIELLI, R., MION, G., BONNET, F. (2011), *op. cit.*, p.67.

189 BOURGEAULT, G., « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? », *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 2003, pp.92-105. (En ligne) <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2003-v16-n2-nps840/009845ar/>

190 ILLICH, Y., *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, Paris : Seuil, 1975, p.10.

191 KIROUAC, L., « Instruments de mesure et voies thérapeutiques du *burn-out* : la responsabilité sociale court-circuitée », *Reflets*, 17 (1), 2011, pp. 30-57.



3. POUR UNE PHILOSOPHIE DU BURN-OUT DES SOIGNANTS

« Ma présupposition est que la clinique et la phénoménologie se croisent dans la sémiologie, dans l'intelligence des signes du souffrir ».

Paul Ricœur¹⁹²

3.1. LA PHILOSOPHIE COMME RESSOURCE PROTECTRICE POUR LES SOIGNANTS.

Plusieurs expériences témoignent du recours, par les soignants, à la philosophie et à l'éthique comme « protection » contre la souffrance au travail. En oncologie, par exemple, la mise en place d'un groupe interdisciplinaire d'aide à la décision et de formation en éthique a montré son intérêt dans la prévention de la souffrance des soignants¹⁹³. Ce groupe a été créé pour des médecins désireux d'échanger sur les enjeux éthiques qui émergeaient de leurs pratiques. L'analyse des effets du groupe a montré que « *ce qui motive les soignants à participer à ces ateliers est avant tout lié au désir de partager une réflexion interdisciplinaire (...) et de se former en éthique (...)* »¹⁹⁴. Tandis que « *la possibilité de parler de son vécu et/ou de sa souffrance de soignants intervient peu dans la motivation des participants* »¹⁹⁵. Pourtant, cette possibilité prend par la suite « *une place plus importante dans la motivation à poursuivre ces ateliers, ainsi que dans les bénéfices perçus* »¹⁹⁶. Finalement, la recherche montre que le raisonnement éthique est certes amélioré, mais aussi l'attitude éthique et l'attention portée à l'autre (au patient, aux collègues), ainsi que la confiance en soi, et que cela génère un meilleur « bien-être » au travail¹⁹⁷. La démarche éthique est aussi recommandée comme recours contre la souffrance au travail en cancérologie par Simon Schraub et Eliane Marx¹⁹⁸. En gériatrie, Patricia Joly suggère de développer la démarche éthique pour contribuer à une prise en charge digne et respectueuse des patients¹⁹⁹. Cette démarche permettrait aussi de limiter la souffrance des soignants, notamment en offrant un cadre dans lequel s'exprimer, en améliorant la cohésion d'équipe, en renforçant la confiance entre soignants, et en élaborant des points de repères dans les situations difficiles, ce qui contribue à un retour au sens du métier de soignant²⁰⁰. Ailleurs, une expérimentation conduite auprès d'étudiants en médecine montre

192 RICŒUR, P. (2013), *op. cit.*, p.13.

193 BOLLÉ, C. « La mise en œuvre d'une démarche éthique peut-elle influencer la souffrance des soignants ? », *Psycho-Oncologie*, vol. 5 n° 2, 2011, pp. 98-108.

194 *Ibid.*, p.103.

195 *Ibid.*

196 *Ibid.*

197 *Ibid.*

198 SCHRAUB S., MARX E., « Le point sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn-out, en cancérologie », *Bulletin du Cancer*, 91(9), 2004, pp.673-676.

199 JOLY P. (03/2011). Souffrance des soignants et réflexion éthique en institution, *Espace Ethique Méditerranéen, Contribution* (En ligne), http://www.ee-paca-corse.com/IMG/pdf/Memoire_patricia_joly.pdf

200 *Ibid.*

l'utilité de la narration dans la prévention du *burn-out*²⁰¹ et recommande l'extension de ce type de démarche aux médecins en exercice. L'hypothèse des auteurs est que, face au « non-sens » et à la souffrance répétée — confrontation avec la mort, avec la dégradation physique et psychique des patients, avec les conflits éthiques etc. — « la narration oblige à poser des mots, à mettre en récit, et donc à réorienter la pensée dans un sens, le sens du métier commandé par l'imaginaire de celui qui écrit »²⁰². Il s'agirait alors d'une mesure de prévention secondaire, « une sorte de prophylaxie secondaire visant à éviter l'aggravation des symptômes lors des expositions suivantes, et d'éviter à l'inverse la barrière relationnelle, conduite d'évitement parfois déshumanisante, que bon nombre de médecins instaurent avec leurs patients pour ne pas revivre les mêmes situations psychiques »²⁰³. Michel Delbrouck suggère lui l'usage de la philosophie comme recours thérapeutique contre le *burn-out*, car « porter une réflexion philosophique sur notre mode d'existence et sur les événements auxquels nous sommes confrontés au fil de notre vie demeure une fonction indispensable à notre équilibre mental »²⁰⁴. Pierre Canouï recommande de même l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire incluant l'éthique pour tout ce qui concerne « le sens du travail de soignants, la question des désespoirs thérapeutiques, de la fin de vie et de la qualité de celle-ci »²⁰⁵. Cette approche est selon lui nécessaire car la souffrance des soignants se situe à l'interface des enjeux médicaux, psychologiques, éthiques et sociaux, qui doivent être pensés collectivement²⁰⁶. Enfin, une recherche qualitative sur les effets d'un enseignement de l'éthique biomédicale destinée aux professionnels de santé a montré que celui-ci permettait d'élargir les ressources des professionnels dans leur relation aux patients, de les aider à faire face aux conflits de valeurs, et avait un effet protecteur contre la détresse morale²⁰⁷. Les professionnels de santé identifient donc bien la philosophie et l'éthique comme des recours protecteurs contre leur souffrance.

Ce recours à la philosophie n'est pas surprenant dans la mesure où médecine et philosophie ont une histoire partagée qui les enrichit mutuellement, depuis leur naissance dans la Grèce antique²⁰⁸. Pour Anne Fagot-Largeault, la médecine est d'ailleurs intrinsèquement philosophique²⁰⁹. La philosophie implicite de l'acte médical peut se résumer en trois propositions : « 1) il y a du mal dans le monde ; 2) on peut y porter remède ; 3) il faut y porter remède (...). La première assertion porte en elle toute une métaphysique, la seconde appelle une épistémologie et une méthodologie des sciences et techniques, la troisième sous-tend une morale ».²¹⁰ Le recours des soignants à la philosophie comme protection contre la souffrance professionnelle traduit donc bien un retour à un compagnonnage ancien et fertile, récemment mis en difficulté par les nouvelles organisations du soin, mais dont les apports restent fondamentaux.

201 BOMMIER, C., TUDREJ, B.V., HERVE, C., « Narration médicale : un traitement prophylactique contre la souffrance du médecin? », *Ethics, Medicine and Public Health*, Vol 8, 2019, pp.51-55.

202 *Ibid.*, p.55.

203 *Ibid.*, p.55.

204 DELBROUCK, M., VENARA, P., GOULET, F., LADOUCEUR, R., *Fondements philosophiques du burn-out. Une autre manière d'envisager le syndrome d'épuisement ?*, Dans : DELBROUCK, M. dir., *Comment traiter le burn-out*, Louvain-la-Neuve : De Boeck, 2011, p.67.

205 CANOUI, P. (2003), *op. cit.*, p.104.

206 *Ibid.*, p.104.

207 WAELCHLI, M., FOPPA, C., « Apports d'une formation en éthique biomédicale : Investigations, considérations et perspectives », *Journal International de Bioéthique*, vol. 23(3), 2012, pp. 167-177.

208 MAHIEU, E., « L'influence de l'acte clinique dans la pensée grecque », *L'information psychiatrique*, vol. 82(2), 2006, pp.159-164.

209 FAGOT-LARGEAULT, A., *Médecine et Philosophie*, Paris : PUF, 2010, p.2.

210 *Ibid.*

3.2. PHILOSOPHIES DU BURN-OUT

3.2.1. DES CONFLITS ÉTHIQUES AUX ÉTHIQUES DU CARE

Si l'éthique est sollicitée par les soignants, c'est probablement parce que, comme l'a bien montré la psychodynamique du travail, les conflits de valeurs et la souffrance éthique sont particulièrement délétères lorsqu'ils ne sont pas pensés collectivement. Ces démarches éthiques permettent aux équipes de penser ensemble les dilemmes éthiques, ce qui est protecteur. Cela leur permet aussi de sortir du silence, ce qui est le premier pas pour lutter contre la souffrance, car l'impossibilité de dire participe de la souffrance : ce qu'on ne peut nommer, d'une certaine façon n'existe pas²¹¹ car n'est pas pensé. La philosophie peut alors être un recours non culpabilisant, contribuant à la prévention de la souffrance au travail, plus facilement mobilisable par les soignants que la psychologie, dans un contexte où la stigmatisation de la souffrance psychique reste forte. Comme le rappelle Annick Petiau, les résistances perdurent.

*« Lors d'un séminaire, un professeur de psychiatrie encourageait ses collègues à dissimuler leur identité de médecin s'ils étaient amenés à devoir consulter un psychothérapeute dans un contexte d'épuisement professionnel. Étonnant ? Il expliqua que pour des raisons liées au contretransfert, il valait mieux cacher leur identité de médecin. Comment dès lors bâtir une relation de confiance sur cette base ? Comment pouvoir déposer et nommer sa souffrance ? Quel soutien et quel accompagnement offrir aux soignants dans l'exercice de leurs missions lorsque la culture ambiante pousse, certains tout au moins, à devoir se débrouiller seuls et se taire lorsque travailler devient difficile, usant, épuisant, « burn-outant », parfois jusqu'à en mourir ».*²¹²

De plus, la souffrance des soignants peut s'analyser selon une perspective philosophique, celle des éthiques du *care*. Celles-ci se développent à partir des travaux de Carol Gilligan et portent, dans le débat moral, la voix des femmes, rendue longtemps silencieuse dans le débat éthique. Celui-ci s'est largement centré sur les valeurs d'autonomie et de justice, dont Gilligan montre qu'elles sont celles des hommes, là où les femmes valorisent plutôt que les raisonnements formels et les principes, le lien humain, la responsabilité, et les circonstances concrètes²¹³. Le caractère féministe des éthiques du *care* a été critiqué, notamment parce qu'il risque de conduire à essentialiser l'éthique, d'être un retour au paternalisme²¹⁴, ou dans son caractère parfois « romantique »²¹⁵. Avec la seconde génération des éthiques du *care*, ce qui est porté et constitue une voix différente, c'est la voix de la vulnérabilité. Dans un débat moral centré sur l'autonomie, ces éthiques montrent que *« la vulnérabilité, loin de caractériser un état transitoire qui devrait être dépassé dans l'accès à l'autonomie, ou un état pathologique résultant de l'impossibilité d'un tel accès, doit d'abord être pensée*

211 On trouve déjà des illustrations des liens entre nommer et agir dans la mythologie, avec Isis, qui s'approprie les pouvoirs de Rê en le contraignant à lui révéler son nom.

212 PETIAU, A., « Ne dites surtout pas que vous êtes médecin » : plaidoyer pour une prise en compte du vécu des soignants », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 57, n° 2, 2016, p.103.

213 « Premièrement, l'éthique du *care* s'articule autour de concepts moraux différents de ceux de la justice de Kohlberg, à savoir la responsabilité et les liens humains plutôt que les droits et les règles. Deuxièmement, cette forme de morale est liée à des circonstances concrètes et n'est pas formelle et abstraite. Troisièmement, cette forme de morale est mieux exprimée, non pas comme un ensemble de principes abstraits et universels, mais dans les expériences quotidiennes et les problèmes moraux que les gens ordinaires rencontrent dans leur vie quotidienne ». TRONTO, J.C., Au-delà d'une différence de genre, Dans : PAPERMAN, P. LAUGIER, S. Dir., *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris : Raisons Pratiques, 2005, p. 28.

214 OGIEN R. (25/10/2013). Qui a besoin d'une éthique à visage humain ? *Raison Publique* (En ligne), <https://www.raison-publique.fr/article641.html>

215 Notamment dans sa référence à la dyade « mère enfant », voir TRONTO J.C., « Du *care*, L'amour des autres, *care*, compassion et humanitarisme », *Revue du Mauss*, n°32, 2008, p. 145.

comme une modalité irréductible de notre rapport au monde»²¹⁶. Elles invitent à penser la vulnérabilité et l'autonomie comme deux versants de la condition humaine. Ici, «il n'y a pas ceux qui sont autonomes et indépendants d'une part, versus ceux qui seraient dépendants et vulnérables»²¹⁷, mais des individus tous autonomes et vulnérables. Comme l'écrit Ricœur, «les deux termes se composent entre eux : l'autonomie est celle d'un être fragile, vulnérable»²¹⁸.

Or, il est difficile pour chacun d'admettre sa vulnérabilité, sa faiblesse éventuelle, la possibilité d'avoir à demander de l'aide, alors même que les destinataires de soin sont souvent déconsidérés, perçus comme désarmés, fragiles, traités parfois avec dédain²¹⁹. Dans la perspective des éthiques du *care*, «faire une demande revient à avoir un besoin ; lorsque nous nous envisageons comme des adultes autonomes, indépendants, il est très difficile de reconnaître que nous sommes aussi dans le besoin»²²⁰.

Exprimer un besoin est sans doute plus difficile encore pour les médecins et soignants, habitués à être ceux qui effectuent le soin et non ceux qui en ont besoin. D'autant plus que nier ces besoins peut correspondre à une rationalité défensive²²¹. «Pour persévérer dans le métier de soigner les autres, il s'agit de réduire les marges d'identification possibles avec les malades, de se sentir fort et en bonne santé, non menacé par l'ensemble des maux dont on a connaissance»²²². Cela suppose de séparer nettement santé et maladie, autonomie et dépendance, et cela contribue à maintenir le silence sur la souffrance professionnelle des soignants, pourvoyeurs du *care* (et non ses destinataires). Ce silence entretient l'indifférence aux voix des pourvoyeurs du *care*, et «signifie (...) que tout en étant ceux auxquels revient la responsabilité exclusive de se préoccuper et de répondre aux besoins des autres (...) [ils] voient leurs propres besoins de *care* niés et leurs voix rendues inaudibles dans l'espace public»²²³. «C'est la raison pour laquelle le travail de *care* peut prendre une allure sacrificielle et engendrer chez ceux qui l'effectuent une vulnérabilité seconde, liée à l'absence de reconnaissance symbolique et matérielle»²²⁴. Il est donc fondamental de donner voix aux soignants en souffrance, car «se croire incapable de parler, c'est déjà être un infirme du langage, excommunié en quelque sorte»²²⁵. Il s'agit aussi d'intégrer leur parole à une élaboration collective qui permette de penser les conditions de la reconnaissance des métiers du *care*.

L'intérêt de l'approche de la souffrance des soignants par les éthiques du *care* tient à ce qu'elle ouvre ici une troisième voie qui permet de sortir de la confrontation entre les approches sociologique et psychologique, en portant l'attention sur notre commune vulnérabilité. La souffrance des soignants peut alors être pensée, avec Ricœur, comme s'inscrivant dans l'ordre des souffrances existentielles, qui ont trait à l'expérience humaine dans sa toute complexité, et qui reposent la question de la visée éthique, celle d'une «vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes»²²⁶.

216 GARRAU, M., LE GOFF, A., Introduction. Dans : GARRAU, M., LE GOFF, A. dir., *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris : PUF, 2010, p.6.

217 FLEURY, C., «Le *care* au fondement du sanitaire et du social», *Soins*, n°826, 2018, p. 52.

218 RICŒUR, P. Autonomie et vulnérabilité. Dans : *La philosophie dans la Cité : Hommage à Hélène Ackermans*, Bruxelles : Presses de l'Université Saint-Louis, 1997, p.122. (En ligne) <http://books.openedition.org/pusl/18960>

219 TRONTO J.C. (2008), *op. cit.*, p. 157.

220 *Ibid.*

221 MOLINIER, P., Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière. Dans : JOUAN M. Dir., *Comment penser l'autonomie ?*, Paris : PUF, 2009, p. 458.

222 MOLINIER, P. (2009), *op. cit.*, p. 458.

223 GARRAU, M., Éthique et politique de l'attention. Dans : GARRAU M. dir., *Care et attention*, Paris : PUF, 2014, p.56.

224 *Ibid.*, p. 57.

225 RICŒUR, P. (1997), *op. cit.*, p.124.

226 RICŒUR, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Éditions du Seuil, 1990, p.202.

3.2.2 DES ÉTHIQUES DU CARE AUX THÉORIES DE LA RECONNAISSANCE

Les formes qu'une société devrait prendre pour offrir à ses membres les conditions d'une vie bonne sont aussi au cœur de la philosophie d'Axel Honneth, qui propose de comprendre les confrontations sociales sur le modèle d'une « lutte pour la reconnaissance ». Il résume sa théorie dans une interview :

« Cela suppose que la réalisation de soi comme personne dépend très étroitement de cette reconnaissance mutuelle. C'est pourquoi je distingue trois sphères de reconnaissance, auxquelles correspondent trois types de relations à soi. La première est la sphère de l'amour qui touche aux liens affectifs unissant une personne à un groupe restreint. Seule la solidité et la réciprocité de ces liens confèrent à l'individu cette confiance en soi sans laquelle il ne pourra participer avec assurance à la vie publique. La deuxième sphère est juridico-politique : c'est parce qu'un individu est reconnu comme un sujet universel, porteur de droits et de devoirs, qu'il peut comprendre ses actes comme une manifestation — respectée par tous — de sa propre autonomie. En cela, la reconnaissance juridique se montre indispensable à l'acquisition du respect de soi. Mais ce n'est pas tout. Pour parvenir à établir une relation ininterrompue avec eux-mêmes, les humains doivent encore jouir d'une considération sociale leur permettant de se rapporter positivement à leurs qualités particulières, à leurs capacités concrètes ou à certaines valeurs dérivant de leur identité culturelle. Cette troisième sphère — celle de l'estime sociale — est indispensable à l'acquisition de l'estime de soi, ce qu'on appelle le « sentiment de sa propre valeur ». Si l'une de ces trois formes de reconnaissance fait défaut, l'offense sera vécue comme une atteinte menaçant de ruiner l'identité de l'individu tout entier — que cette atteinte porte sur son intégrité physique, juridique ou morale »²²⁷.

Pour Honneth, certaines formes du lien social conduisent, dans les sociétés contemporaines, à des pathologies sociales, c'est-à-dire des perturbations dans lesquelles les conditions de la vie bonne sont réduites ou rendues impossibles. Le travail doit être pensé et analysé parce qu'il est une forme fondamentale de l'existence sociale. Or, les conditions nouvelles du travail génèrent de nouvelles formes d'aliénation qui affectent l'identité individuelle des personnes. Entre les nouvelles normes du travail — plus flexible, standardisé, évaluant individuellement les performances, utilisant la communication d'entreprise etc. — et les nouvelles injonctions sociales d'autoréalisation de soi, se développe une fausse reconnaissance, une supercherie, qui « *destitue l'individu* »²²⁸. Ces nouvelles formes de travail, qui supposent une « autoreprésentation » et contraignent les personnes à fixer leurs sentiments de manière artificielle, instrumentalisent le désir légitime de réalisation de soi, et contribuent parfois à un phénomène d'autoréification²²⁹ qui affecte profondément l'identité. Car l'identité doit être construite et maintenue au fil du temps, au travers d'interactions sociales essentielles et déterminantes. « *Ainsi chaque sujet humain est-il fondamentalement dépendant du contexte de l'échange social organisé selon les principes normatifs de la reconnaissance réciproque. La disparition de ces relations de reconnaissance débouche sur des expériences de mépris et d'humiliation qui ne peuvent être sans conséquences pour la formation de l'identité de l'individu* »²³⁰. La reconnaissance réciproque est nécessaire à l'identité, parce que le rapport positif à soi est vulnérable et dépend en partie des relations intersubjectives.

227 LAIGNEL-LAVASTINE A. (Propos recueillis par) (07/12/2006). « Honneth A., « Sans la reconnaissance, l'individu ne peut se penser en sujet de sa propre vie », *Philosophie magazine*. (en ligne) <http://www.philomag.com/article.entretien,axel-honneth-sans-la-reconnaissance-l-individu-ne-peut-se-penser-en-sujet-de-sa-propre-vie,180.php>

228 FLEURY, C., *La fin du courage* (E-book). Paris : Fayard, 2010.

229 HONNETH, A., *La réification*, Paris : Gallimard, 2005, p.120.

230 HONNETH, A., « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue du MAUSS*, n° 23(1), 2004, pp.134.

Dans cette perspective, le soin donné, qui témoigne de la reconnaissance dans la sphère des besoins (du *care*, de l'intime) peut affecter positivement ou négativement la confiance en soi et le respect de soi de ceux qui le reçoivent. C'est pourquoi les métiers du soin ont une fonction sociale centrale. Eve Gardien par exemple, montre combien, dans le soin aux grands accidentés, la plus ou moins grande préservation par les soignants, de leur intimité, affecte leur identité. « *L'homme blessé se trouve en la situation sociale particulière d'avoir des droits restreints en matière de gestion de son intimité corporelle en raison de son état de santé et de sa grande dépendance. Cet état de fait, même si il est aisément compréhensible, n'est pas sans impacter le respect de soi qu'éprouve l'homme accidenté pour lui-même* »²³¹.

Mais les métiers du *care* ont aussi une importance cruciale parce qu'ils illustrent la difficulté à séparer les registres de la reconnaissance. Comme le montre Emmanuel Renault, les attentes de reconnaissance y sont à l'intersection de l'intime et du travail²³² : dans le soin, les attentes de reconnaissance « *prennent corps* », s'incarnent, dans le travail du « *caring* »²³³. De même, les normes du *care* (sollicitude, attention) et du respect des libertés concernent aussi les institutions de travail (et devraient pouvoir y être respectées). En ce sens, le déni de la parole et des besoins des pourvoyeurs de *care* peut s'analyser comme un manque de reconnaissance, de sollicitude et d'attention, qui affecte leur travail, leur identité, et au final le soin donné aux patients.

Enfin, l'accès aux soins et au système de santé traduit l'attention portée aux plus vulnérables et à leur place dans la société, et le *care* est alors nécessaire pour « faire société ». Comme le rappelle le CCNE, « *l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au delà de l'obligation de permanence des soins, l'hôpital étant pratiquement le seul service public ouvert nuit et jour* »²³⁴. Le *care* est donc à l'intersection d'enjeux médicaux, moraux et politiques, incarnés par les personnes qui l'effectuent, et dont la reconnaissance doit être rendue possible. On peut alors analyser la souffrance des soignants comme le résultat d'une « *pathologie sociale* », dans laquelle la reconnaissance et les moyens de la mettre en place font défaut. La difficulté, dans cette perspective, c'est que certaines questions restent sans réponse : « *À quelles conditions une activité peut-elle offrir à un individu une occasion de donner une valeur sociale à ses capacités ? (...) Quels sont les types de reconnaissance décisive au sein des relations de travail ?* »²³⁵.

Certains critères ont déjà été identifiés par la clinique de l'activité, la psychodynamique du travail et la sociologie du travail. Pour les professions soignantes, il a été montré qu'en plus d'un salaire « satisfaisant », et d'un personnel en nombre suffisant, l'autonomie professionnelle, le soutien administratif, les bonnes collaborations entre médecins et infirmiers, la valorisation du leadership infirmier, des relations positives dans l'équipe, une attention aux patients, et la possibilité de faire un travail de bonne qualité étaient les conditions d'un « hôpital magnétique » — c'est-à-dire d'un hôpital avec peu ou pas de souffrance professionnelle²³⁶.

231 GARDIEN, E. (27/02/ 2012). Soins et rééducation au péril de l'intimité partagée, 2009. (En ligne), <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00673251/document>

232 RENAULT E., « Reconnaissance et travail », *Travailler*, vol. 18, n° 2, 2007, p. 126.

233 *Ibid.*

234 Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », AVIS N° 101 (RAPPORTEUR BELOUCIF S.), Juin 2007, p.6.

235 RENAULT E. (2007), *op. cit.*, p. 126.

236 Les huit conditions synthétisées par Yvon Brunelle sont les suivantes :

- 1) L'autonomie professionnelle des infirmières, qui « *se concrétise dans les tâches effectuées, des modèles de soins solides (evidence based), la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et la capacité d'innover* ».
- 2) Le soutien fourni par l'administration dans les conditions de travail : « *sécurité au travail, équipement, soutien informatif (comme la rétroaction), garderies, etc. (...) C'est une gestion (...) qui est vue comme équitable* ».
- 3) Une bonne collaboration entre médecins et infirmières.
- 4) La valorisation professionnelle et le leadership infirmier, qui « *se vérifie dans les actions de l'administration : l'encouragement à suivre/donner des cours, l'importance de la formation continue, etc. (...) La valorisation transparait aussi dans le statut du nursing dans le centre hos-*

Ces critères constituent des guides minimaux. Mais ils doivent s'accompagner d'une attention au plus près du travail réel (et pas seulement du travail prescrit), de ses conditions, de ses enjeux locaux et des besoins identifiés par les acteurs eux-mêmes. Car si les conflits, tensions et difficultés pour la reconnaissance sont universels, leur localisation et leur formulation spécifique est « *chaque fois indépassable* »²³⁷.

Deux axes s'ouvrent alors pour l'accompagnement philosophique des soignants en souffrance. Le premier est politique et consiste à porter leur parole dans l'espace public pour faire voix à l'expression de leurs vécus et besoins. Il s'agit, dans la perspective proposée par Emmanuel Renault²³⁸, de contribuer à la transformation des conditions politiques qui concourent à la souffrance (ici des soignants). Cet axe, pour ne pas rester dans le registre d'un discours déconnecté des circonstances concrètes doit s'appuyer sur un axe clinique, dans lequel « *il s'agit de partir de ce qui constitue les enjeux de ces expériences pour ceux qui les vivent* »²³⁹. L'axe clinique consiste ici en une *clinique philosophique du burn-out des soignants* qui s'entend au sens 1) d'une attention portée au chevet des professionnels en souffrance ; au sens 2) d'une méthode clinique de recherche et de production de savoirs ; et enfin au sens 3) de la verbalisation collective, permettant l'écoute phénoménologique des personnes. L'intérêt de cette approche est de partir de la singularité des situations pour en comprendre la complexité, tout en permettant un travail de conceptualisation des vécus singuliers, mobilisable pour proposer des solutions locales comme pour nourrir le débat moral et politique sur ces questions.

3.3. UNE CLINIQUE PHILOSOPHIQUE DU BURN-OUT

Le choix d'une clinique philosophique du burn-out s'inscrit dans la volonté de pratiquer une philosophie pratique, clinicienne, « *là où elle s'articule effectivement avec la pensée des parties prenantes* »²⁴⁰. Ce choix suppose d'expérimenter, selon le sens proposé par le philosophe John Dewey. Selon lui, la philosophie doit être un instrument utile à la résolution des problèmes concrets de l'existence humaine, et pour cela, elle doit recourir à l'expérimentation et à l'enquête. Il s'agit de construire des méthodes d'actions « *à essayer pour éliminer la cause supposée du problème* »²⁴¹ ; des « *méthodes d'enquête pour repérer les difficultés et les maux à résoudre, des méthodes de bricolage afin d'élaborer des plans à utiliser comme hypothèses de travail*

pitalier (comme sa place dans les instances décisionnelles) ainsi que la qualité d'un leadership infirmier. Le personnel se sent respecté, terme revenant systématiquement dans les évaluations des hôpitaux magnétiques (...). Respect et confiance en l'administration vont de pair (...).

5) Des relations positives avec les pairs, perçus comme compétents. « *Dans les 25 années pendant lesquelles des évaluations ont été menées, une expression est apparue régulièrement : Ici, c'est une famille. On est soutenu par les autres, mais aussi porté à ne pas laisser tomber les collègues. (...) Avoir des collègues vécus comme compétents permet l'établissement de relations de confiance et d'un travail d'équipe (...). On sait avec qui on travaille, on peut agir en conséquence. À défaut, jamais la notion d'équipe ne peut prendre corps.*

6) Un ratio de personnel adéquat.

7) Un focus client. « *L'objet d'attention est le client, c'est le point de départ et d'arrivée des discussions, initiatives et changements. La dimension clinique transcende.*

8) L'importance de la qualité. « *La recherche d'une meilleure qualité des soins et services est un indéniable attrait pour tout groupe professionnel... si elle dépasse le stade du discours.* Dans une étude comparative, « *...being able to give quality patient care... (...) explique plus de 80 % du différentiel dans la satisfaction au travail et 86 % de la capacité à attirer et retenir le personnel infirmier, dans les hôpitaux magnétiques en comparaison des autres.* BRUNELLE, Y., « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, n° 1, 2009, pp. 39-48.

237 « *La reconnaissance de soi est au prix d'un dur apprentissage acquis au cours d'un long voyage à travers ces conflits persistants, dont l'universalité est inséparable de leur localisation à chaque fois indépassable* », RICEUR, P. (1990) *op. cit.*, p. 283.

238 RENAULT, E., Introduction. Dans : *L'expérience de l'injustice, philosophie politique et clinique de l'injustice* (E-book). Paris : La découverte, 2017.

239 *Ibid.*

240 FLEURY, C., *Le soin est un humanisme*, Paris : Gallimard, 2019., p. 17.

241 DEWEY, J. *Reconstruction en philosophie* (1ère édition 1920), Paris : Gallimard, 2014, p. 225.

pour résoudre les problèmes repérés»²⁴². Il convient de se garder des certitudes, d'approcher les questions avec rigueur et modestie, en s'attachant au « *processus actif de transformation de la situation existante* »²⁴³. L'enquête doit être empirique, se préoccuper d'analyser la situation concrète, de la clarifier, elle doit faire des hypothèses et évaluer les conséquences probables puis effectives des actions choisies²⁴⁴. Cela ne signifie pas que l'enquête ne produit pas de connaissances, mais plutôt que la connaissance ne se réduit pas à un contenu. Elle prend son sens dans la confrontation avec le réel, qu'elle vise à comprendre, « *elle est une pratique utilisant des moyens pour parvenir à une fin* »²⁴⁵, ici, prévenir le burn-out des soignants. Dans cette démarche, « *l'expérimentation teste concrètement une hypothèse par rapport aux faits observés et sélectionnés* »²⁴⁶ ; et « *l'enquête est close lorsque l'expérimentation a permis d'unifier la situation originelle par la mise en place des opérations qui modifient réellement les conditions existantes* »²⁴⁷. Enfin, l'expérimentation, parce qu'elle propose des actions à tester, est une réponse morale à la situation : « *les exigences morales face à la souffrance convergent toutes (...) vers un seul impératif : l'action* »²⁴⁸.

Sur la base de l'analyse des données de la littérature et des expérimentations par l'éthique et la narration mises en œuvre par les équipes, trois dispositifs philosophiques de prévention primaire du burn-out des soignants peuvent être expérimentés.

3.3.1. PARTIR DES EXPÉRIENCES DES SOIGNANTS

a) Un module de formation à l'éthique

Comme cela a été montré (voir supra), les soignants mobilisent l'éthique comme une ressource contre la souffrance professionnelle. Notre hypothèse est que les dispositifs de formation à l'éthique appliquée (éthique clinique, bioéthique, éthique au chevet etc.) permettent de recréer du collectif autour de dilemmes éthiques, qui sont source, lorsqu'ils ne sont pas débattus collectivement, de souffrance professionnelle. En effet, même lorsque les soignants ne sont pas conduits à agir d'une façon que leur morale réprouve, les évolutions sociales et les changements de mœurs ont bouleversé les pratiques professionnelles du soin et génèrent de nombreux conflits de valeurs. Il peut par exemple arriver que le respect de l'autonomie de la personne malade entre en tension avec le devoir de soigner²⁴⁹ ou avec les valeurs du soin²⁵⁰ et que le médecin ou l'équipe se trouvent en situation de « dissonance éthique », contraints de se référer à des valeurs contradictoires. Cette dissonance peut générer de la souffrance.

Un premier dispositif ouvert aux soignants ou équipes qui en font la demande est donc un module de formation à l'éthique et d'accompagnement à la mise en place d'une démarche éthique (identification des besoins et ressources locales, apports méthodologiques en éthique clinique et bioéthique, distinctions conceptuelles, etc.). La formation en éthique offre une réflexion centrée sur les dilemmes moraux et conflits

242 *Ibid.*, p. 226.

243 *Ibid.*, p. 233.

244 *Ibid.*, p. 220.

245 GROS, A., « Les formes de l'enquête historique : John Dewey et Max Weber », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 07 | 2011, p.2. (En ligne) <http://journals.openedition.org/acrh/3668>.

246 *Ibid.*, p.5.

247 *Ibid.*

248 Boltanski L., *La souffrance à distance*, Paris, Gallimard, 2007, p. 16.

249 LEFEVE, C., « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit*, n° 4 : « Médecine et philosophie » (dir. D. Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, pp. 25-34. (En ligne) <http://www.sphere.univ-paris-diderot.fr/IMG/pdf/256CelineLefevreLaphilosophiedusoin.pdf>

250 LE COZ, P., « Quelles valeurs pour le soin de demain? », *Soins*, vol. 63, n°824, 2018, p.55.

de valeurs. Elle permet de questionner les situations complexes et de redonner du sens aux pratiques dans un objectif de diminution de la souffrance professionnelle et d'amélioration de la prise en charge des patients. L'hypothèse est alors, selon la formule de la HAS, que l'éthique « *renforce les relations de confiance entre les différents acteurs. En impulsant un échange collégial sur des questions de fond, c'est un vecteur de construction et de cohésion des équipes* »²⁵¹.

b) Un module d'éthique narrative

La narration a été identifiée par certaines équipes (voir supra) comme une protection contre la souffrance au travail. L'éthique narrative s'inscrit dans des conceptions de l'identité personnelle inspirées de Paul Ricoeur²⁵². Renouant avec la dimension thérapeutique de la philosophie, l'éthique narrative propose la mise en récit de la *souffrance* comme possibilité de rétablissement de l'identité personnelle. Pour l'éthique narrative, « *l'être humain est essentiellement dans ses actions et dans ses habitudes tout autant que dans ses inventions, un animal conteur d'histoire* »²⁵³. L'acte de réciter – qui permet le maintien de soi contre l'éparpillement des expériences vécues – peut passer par la fiction littéraire, dans lequel la question de l'identité est posée délibérément comme « *l'enjeu même du récit* »²⁵⁴. Dans le contexte de la souffrance au travail, la mise en difficulté du récit de soi a été identifiée par Richard Sennett, pour qui les nouvelles formes du travail brisent le récit de soi, et plus fortement encore le récit collectif, qui permet de constituer un « *destin partagé* »²⁵⁵.

Notre hypothèse est que l'éthique narrative peut contribuer à prévenir la souffrance professionnelle des soignants en ouvrant un espace de mise en récit collective des difficultés traversées. Le second dispositif ouvert aux soignants et équipes qui le souhaitent est donc un module *d'éthique narrative*. Celui-ci mobilise l'usage philosophique du langage, pour sortir de la « *déverbalisation* »²⁵⁶ et penser la souffrance professionnelle. Les objectifs du module sont de rendre possible la mise à distance des affects et émotions par la narration et la créativité ; d'expérimenter le partage des situations par la fiction ; de solliciter l'imagination morale autour des conditions de travail mais aussi autour de dilemmes, d'utopies et de dystopies²⁵⁷. S'appuyant sur la tradition du récit en médecine (qui va du récit de cas aux romanciers médecins), le module propose des ateliers d'écriture thématiques, en alternance avec des interventions de médecins écrivains.

c) Une clinique des dénis de reconnaissance

L'approche philosophique du burn-out des soignants doit aussi penser les conditions de leur reconnaissance, et interroger les organisations du travail et la façon dont elles concourent ou non à des institutions justes. Il s'agit ici d'analyser les conditions qui contribuent à fragiliser l'institution et ceux qui y travaillent. Pour cela, il s'agit de partir de « *la demande de reconnaissance, qui commence par l'indignation contre le déni de*

251 Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ANESM). « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », RECOMMANDATION DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES, novembre 2010.

252 Voir RICŒUR, P. (1990), *op. cit.*

253 MACINTYRE, A., *After Virtue*, Notre-Dame: Notre-Dame University Press, 1984, p.216.

254 RICŒUR, P., « L'identité narrative », *Esprit*, 1988, p. 301.

255 SENNETT, R. (2000) *op. cit.*, p. 209.

256 Sur la déverbalisation, voir FLEURY, C. (2019), *op. cit.* p.10-11.

257 Sur les usages philosophiques et éthiques de la fiction et de l'imagination, voir TAPPOLET, C., « Les vertus de l'imagination : introduction », *Les ateliers de l'éthique, The Ethics Forum*, 5 (1), 2010, pp. 23–25.

reconnaissance»²⁵⁸, et de reposer la question des institutions « *comme des lieux de reconnaissance* »²⁵⁹. De la même manière qu'Emmanuel Renault propose une clinique de l'injustice qui prend pour point de départ « *la définition vague de l'injustice (...) de ceux qui subissent l'ordre social* »²⁶⁰ pour, à leur chevet, « *tenter de réélaborer les conceptions (...) de la justice par l'étude de leurs plaintes* »²⁶¹, une clinique du déni de reconnaissance doit contribuer à réélaborer, avec les soignants, les conditions d'une institution reconnaissante et juste. Notre hypothèse est que la fragilisation des soignants traduit aussi une fragilisation de l'institution, et qu'analyser les conditions délétères de l'organisation des soins — telles qu'elles sont expérimentées par les soignants — permet de repenser et de rénover l'institution à partir des expériences de ceux qui y travaillent. Car les institutions sont elles aussi fragiles. « *Elles ont une temporalité à leur échelle, vulnérable à l'irrévocabilité et à l'imprévisibilité* »²⁶². Sans attention pour les fondements de l'institution (ici soignante) et son rôle dans la reconnaissance individuelle et collective de ceux qui la composent et qui y ont recours, le risque est de ne pas voir les structures sous-jacentes de domination qui peuvent investir l'institution, et renvoyer ceux qui y travaillent ou qui y sont soignés « *aux rémanences de domination, de mépris, de discrimination* »²⁶³.

Ici, l'objectif est de penser, avec les soignants et les patients, les situations dans lesquelles ils éprouvent des dénis de reconnaissance, pour élaborer avec eux une cartographie des types de reconnaissance nécessaires à l'exercice des métiers soignants comme au soin des patients. Cette clinique des dénis de reconnaissance s'organise autour d'un séminaire ouvert aux soignants et patients, dans une démarche participative, orientée vers l'élaboration de solutions collaboratives. Il s'agit, dans la lignée philosophique de Jacques Rancière²⁶⁴, de sortir des logiques asymétriques qui séparent les « sachants » et les « apprenants », en postulant l'égalité des intelligences et l'horizontalité entre les participants.

3.3.2. MÉTHODOLOGIE

La clinique philosophique du burn-out des soignants s'inscrit dans une démarche interventionnelle dans la mesure où elle a pour objectif d'expérimenter des dispositifs et de vérifier leur adéquation aux besoins identifiés. Plus largement, elle s'inscrit dans la tradition des recherches-actions²⁶⁵. La recherche-action désigne des approches variées, mais elle se caractérise par certains traits typiques. D'abord, la recherche action admet que « *le dévoilement d'une situation se fait dans et par la praxis qui la change* »²⁶⁶. De ce fait, elle vise à installer une boucle récursive entre recherche (analyse des situations, formulation d'hypothèses etc.), actions (dispositifs innovants), et recherche à nouveau (évaluation des dispositifs, production de savoirs nouveaux) etc. En effet, si l'on souhaite construire une connaissance exploitable, « *il est nécessaire d'appliquer un processus d'apprentissage dynamique car les résultats expérimentaux sont souvent surprenants et nécessitent (...) d'être explicités* »²⁶⁷. Ils peuvent entraîner le besoin « *d'expérimenter une nouvelle inter-*

258 GATE, J.M., « Entretien avec Paul Ricœur », *Le Philosophoire*, 15(3), 2001, p.14.

259 *Ibid.*, p 14.

260 RENAULT, E. (2017), *op. cit.*

261 *Ibid.*

262 GATE, J.M. (2001), *op. cit.*, pp. 11-12.

263 FLEURY C. (2019), *op. cit.*, p. 28.

264 Voir RANCIERE, J., *Le Maître ignorant. Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*, Paris, Fayard, 1987.

265 La recherche-action, initiée par Kurt Lewin dans les années 1940, a été régulièrement théorisée, voir par exemple AMADO, G., LEVY, A., « Introduction », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. VII (16) « La recherche-action. Perspectives internationales », 2001, pp. 5-8.

266 SARTRE, J.P., *Questions de méthode*, Paris : Gallimard, 1960, p. 46.

267 BANERJEE, A.V., DUFLO, E., « L'approche expérimentale en économie du développement », *Revue d'économie politique*, vol. 119, n° 5, 2009, p. 695.

vention afin de mieux comprendre les résultats obtenus dans le cadre de l'expérimentation précédente»²⁶⁸. Ensuite, la recherche action instaure une manière de concevoir les rapports entre les situations pratiques et les démarches de recherche, dans laquelle «les acteurs sociaux ne sont plus considérés comme de simples objets passifs d'investigation, mais deviennent (...) des sujets conduisant une recherche avec la collaboration de chercheurs professionnels»²⁶⁹. Enfin, l'approche par la recherche action a pour objectif de trouver des solutions dans une démarche participative, qui valorise les capacités et savoirs des acteurs²⁷⁰.

3.4. ÉQUIPES ET « LIVING LAB »

L'expérimentation d'une clinique philosophique du burn-out des soignants s'inscrit dans la tradition de l'école française du soin ou «*French care*»²⁷¹, dans laquelle «la philosophie, la psychothérapie institutionnelle ou encore la psychodynamique jouent un rôle prépondérant»²⁷². Elle se développe au sein de la Chaire de Philosophie à l'Hôpital, qui propose de conduire une réflexion, «dans le sillage (...) de tous ceux qui ont cherché à analyser la dimension institutionnelle du soin, en montrant comment une fonction soignante qui n'était pas en partage n'était pas susceptible de produire un soin, et de répondre de façon éthique aux différents enjeux soulevés par la médecine»²⁷³. Elle repose sur une collaboration avec l'Université des patients-Sorbonne, qui contribue à renouveler les relations entre soignants et soignés, à modifier la place des patients dans l'espace public, et à «réintroduire l'idée d'un monde à partager entre les personnes qui occupent la fonction de soignant et celles qui sont là parce qu'en grande difficulté de vivre»²⁷⁴.

Enfin, elle appelle à sortir des séparations disciplinaires pour penser la complexité des situations de souffrance professionnelle. Cela suppose de rendre possible «des articulations entre des domaines disciplinaires qui sont brisés par la pensée disjonctive»²⁷⁵. C'est pourquoi la recherche se développe au travers de la création d'un *Living Lab du burn-out des soignants*. La méthodologie du Living Lab²⁷⁶ permet de développer une approche interdisciplinaire, au fil d'une méthode incrémentale de travail, pour initier des services adaptés à leurs destinataires (parce qu'expérimentés avec ces destinataires). Un tel dispositif doit être ouvert aux soignants, aux associations de soins des professionnels de santé, aux patients, aux syndicats des professions soignantes, mais aussi plus largement aux chercheurs, artistes, juristes, et acteurs de la société civile qui contribuent chacun à ce que soient pensées et articulées démocratiquement les trois dimensions du soin : sa dimension technique, sa dimension relationnelle et sa dimension politique²⁷⁷.

268 *Ibid.*

269 LE BOTERF, G., « La recherche-action : une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux ? » *Pour*, n° 90, 1983, p. 44.

270 MANOUKIAN, F., « Prémisses et issues de la recherche-action », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. VII, n° 16, 2001, pp. 235-249.

271 FLEURY, C., TOURETTE-TURGIS C., « Une école française du soin ? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique : l'Université des patients et la Chaire de philosophie à l'Hôpital », *Le sujet dans la cité*, vol. 7, n° 1, 2018, pp. 183-196.

272 *Ibid.*, p. 183.

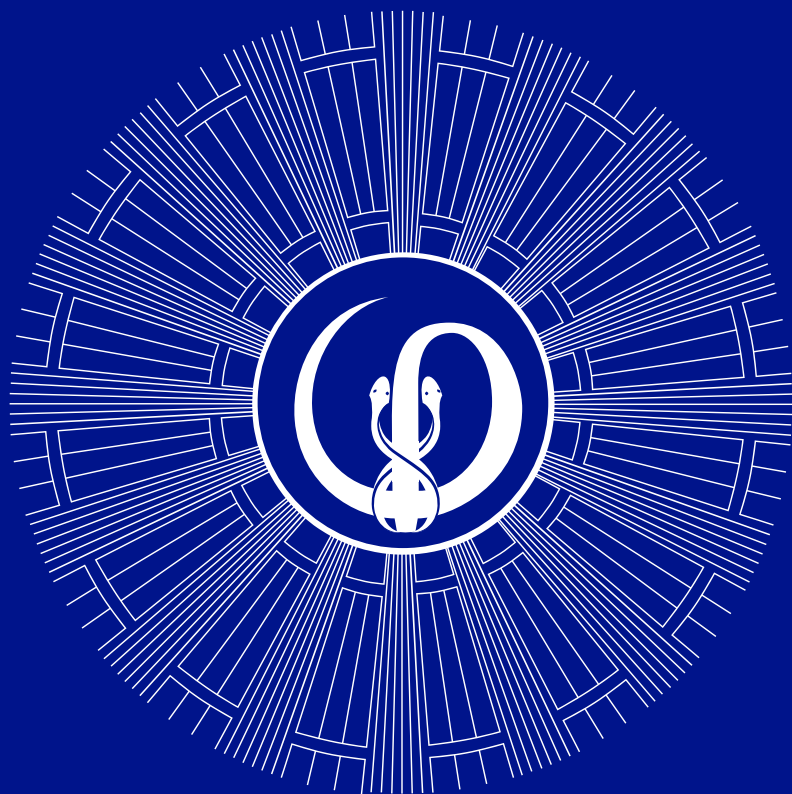
273 *Ibid.*, p. 188.

274 MOLINIER, P., Jean Oury. Alors, la vie quotidienne ? Dans : ZACCAI-REYNERS, N., LEFEVE, C., MINO, J.-C., Dir., *le soin, approches contemporaines*, PARIS : PUF, 2016, p. 118.

275 MORIN, E., *Introduction à la pensée complexe*, Paris : Éditions du seuil, 2005, p. 11.

276 Le « living lab » est une méthodologie où citoyens, usagers et professionnels sont considérés comme des acteurs clés des processus de recherche et d'innovation. Voir JANIN, C., PECQUEUR, B., BESSON, R., *Les Living Labs : Définitions, enjeux, comparaisons et premiers retours d'expériences*, Rapport de recherche, 2013. (En ligne) <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01726215/document>

277 WORMS, F., Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité. Dans : BENAROYO L. éd., *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*. Paris, PUF, 2010, p.14.



CONCLUSION

« Les structures temporelles semblent également constituer le lieu privilégié pour la genèse, et donc pour l'analyse, de développements malencontreux, c'est-à-dire de pathologies engendrant des souffrances. »

Hartmut Rosa²⁷⁸

L'objet de ce rapport était de mettre en lumière (chapitre un) la part du travail et de ses organisations dans le développement de la souffrance psychique au travail; de comprendre les spécificités de la souffrance professionnelle des soignants (chapitre deux); et de proposer une analyse philosophique de cette souffrance pour y apporter des solutions (chapitre trois).

Ce travail a aussi montré à quel point le burn-out est devenu, ces dernières années, une « maladie des temps modernes »: il fait régulièrement la « une » des grands magazines, génère un important champ de recherches, et il est devenu un thème littéraire de plus en plus nourri. Mais le burn-out n'est pas seulement une maladie des temps. Il est aussi une maladie *du temps*²⁷⁹. Ce point est particulièrement apparent avec la pandémie actuelle, qui questionne notre rapport au temps. Ce que la pandémie a montré en effet, c'est que nous sommes bien préparés à la médecine de l'urgence, qui suppose une grande technicité et des interventions ponctuelles²⁸⁰. Mais nous ne sommes pas préparés à la prise en charge d'une pandémie *sur le long terme*²⁸¹. L'accompagnement sur un long terme est aussi difficile dans la prise en charge des maladies chroniques, qui inscrivent la maladie dans le temps humain — parfois celui d'une vie entière — sans perspective de guérison, et interrogent le modèle curatif de la médecine.

Or la temporalité du soin est elle aussi en partie liée à l'organisation du travail²⁸². Comme l'a montré Richard Sennett²⁸³, l'organisation gestionnaire du travail recourt à la standardisation du travail, exige une grande flexibilité, et repose sur l'évaluation individualisée des performances. Cela a pour conséquence d'éroder le collectif (en créant de la concurrence entre les personnes, entre les services, et éventuellement entre les patients) et de briser notre rapport au temps (quand le rythme du soin est imposé par une logique extérieure). Quand il est nécessaire pour travailler de « s'adapter » sans cesse, comme quand le soin est conçu principalement sur le court terme, le temps est fragmenté, réduit à une succession d'actes et de séquences délimités, sans réelle cohérence. Cette rupture de la temporalité, associée à la rupture du récit collectif, affecte notre identité. C'est en ce sens que l'on peut interpréter le paradoxal « retour au sens du métier » évoqué par les soignants pendant la pandémie: dans le récit partagé collectivement se construit à nouveau une *condition partagée*, qui transforme la souffrance en une lutte collective et qui lui donne sens. Car sans récit partagé, chacun est renvoyé à une souffrance solitaire, voire à un sentiment d'échec personnel, ce qui peut affecter profondément l'identité et conduire au burn-out.

278 ROSA, H., *Accélération. Une critique sociale du temps*. Paris: La découverte, 2010, p. 366.

279 L'expression est de Fabrice Gzil, GZIL, F., *La maladie du temps. Sur la maladie d'Alzheimer*, Paris: PUF, 2014.

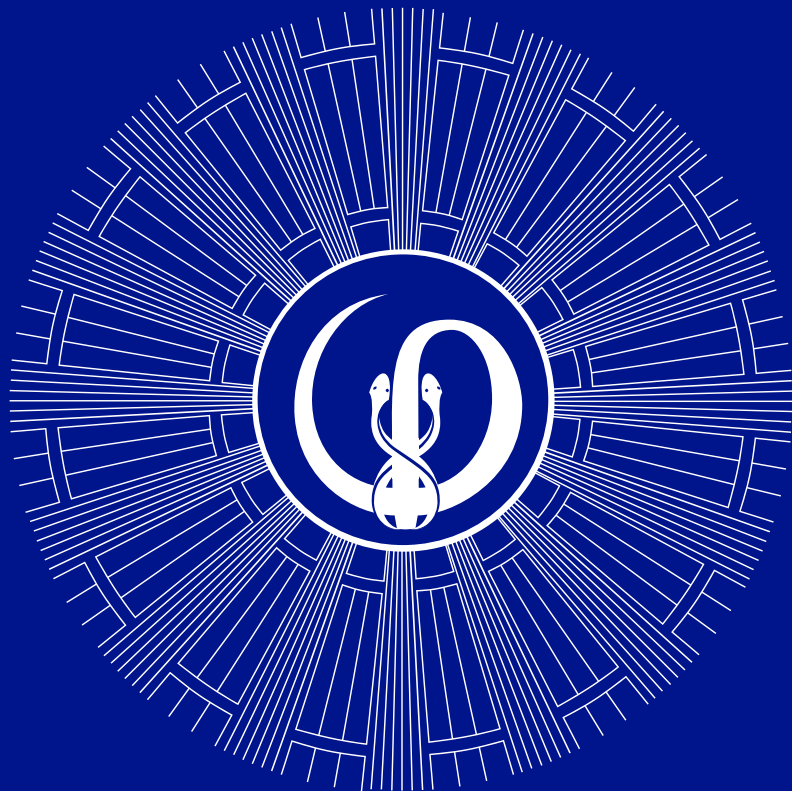
280 VEBER, B, et al. (2020), *op. cit.*

281 *Ibid.*

282 Paragraphe tiré d'un article publié dans la Revue *Soins* (à paraître, juin 2020)

283 SENNETT R. (2000) *op. cit.*

Revenir à un récit collectif, à une narration commune, pour penser ensemble les dilemmes éthiques, mais aussi le sens du soin, sa temporalité, et enfin les conditions de la reconnaissance des métiers et institutions qui accueillent et accompagnent les plus vulnérables — c'est-à-dire potentiellement chacun de nous — est précisément l'objet d'une clinique philosophique du burn-out des soignants.



BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

ADAMS, E.F., LEE, A.J., PRITCHARD, C.W., WHITE, R.J., « What Stops Us From Healing the Healers: a Survey of Help-Seeking Behaviour, Stigmatisation and Depression Within the Medical Profession », *International Journal of social psychiatry*, 56(4), 2010, pp. 359-370.

ADSHEAD, G., "Healing ourselves: Ethical issues in the care of sick doctors", *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 2005, pp. 330-337. (En ligne) <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/healing-ourselves-ethical-issues-in-the-care-of-sick-doctors/3AFF0DF6940006EFEF0D11160E36E151/core-reader>

AMADO, G., LEVY, A., « Introduction », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. VII (16) « La recherche-action. Perspectives internationales », 2001, pp. 5-8.

BANERJEE, A.V., DUFLO, E., « L'approche expérimentale en économie du développement », *Revue d'économie politique*, vol. 119, n° 5, 2009, pp. 691-726.

BAUDELLOT, C., GOLLAC, M., « Que peuvent dire les suicides au travail? », *Sociologie*, vol. 6, n° 2, 2015, pp. 195-206.

BEDARD, D., DUQUETTE, A., « L'épuisement professionnel, un concept à préciser », *L'infirmière du Québec*, Vol 6, N° 1, 1998, pp. 18-23.

BOLLY, C. « La mise en œuvre d'une démarche éthique peut-elle influencer la souffrance des soignants? », *Psycho-Oncologie*, vol.5 n°2, 2011, pp. 98-108.

BOMMIER, C., TUDREJ, B.V., HERVE, C., « Narration médicale: un traitement prophylactique contre la souffrance du médecin? », *Ethics, Medicine and Public Health*, Vol 8, 2019, pp. 51-55.

BOURGEAULT, G., « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation: peut-il en être autrement? À quelles conditions? », *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 2003, pp.92-105. (En ligne) <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2003-v16-n2-nps840/009845ar/>

BRUNELLE, Y., « Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, n° 1, 2009, pp. 39-48.

CANOUI, P., « La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques », *InfoKara*, vol. 18, n° 2, 2003, pp. 101-104.

- CLOT, Y., « Clinique du travail et clinique de l'activité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, n° 1, 2006, pp. 165-177.
- CLOT Y. « Prendre ses responsabilités? De la santé au droit », *Sociologie du travail*, vol. 61 – n° 2, 2019 (En ligne) <http://journals.openedition.org/sdt/17996>
- DAGRADA, H., VERBANCK, P., KORNREICH, C., « Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques », *Rev Med Brux*, vol. 32, 2011, pp. 407-412.
- DALMOLIN, G. de L., et al., « Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? », *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 22 (1), p. 35-42. (En ligne) http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000100035&lng=en&nrm=iso
- DELBROUCK, M., « Burn-out et médecine : Le syndrome d'épuisement professionnel », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 28 (1), 2007, pp. 121-132.
- EHRENBERG, A., « Souffrir au travail : purger les passions ou ouvrir la voie à l'action? », *Esprit*, vol. 10, 2011, pp. 148-157.
- FLEURY, C., « Le care au fondement du sanitaire et du social », *Soins*, n° 826, 2018, pp. 51-53. (p. 52).
- FLEURY, C., TOURETTE-TURGIS C., « Une école française du soin? Analyse de deux cas d'innovation sociothérapeutique: l'Université des patients et la Chaire de philosophie à l'Hôpital », *Le sujet dans la cité*, vol. 7, n° 1, 2018, pp. 183-196.
- FREUDENBERGER, H.J., « Staff-Burnout », *Journal of Social Issues*, vol. 30(1), 1974, pp. 159-165.
- GATE, J.M., « Entretien avec Paul Ricœur », *Le Philosophoire*, 15(3), 2001, pp. 9-21.
- GIRARD, D., « Conflits de valeur et souffrance au travail », *Ethique publique*, vol. 11, n° 2, 2009, pp. 129-138. (En ligne) <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/119>
- GIRARDOT, D. « Travail et banalité du mal. Le concept arendtien de travail », *Travailler*, vol. 35, n° 1, 2016, pp. 213-232.
- GOLLAC M., « Les risques psychosociaux au travail: d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction », *Travail et Emploi*, 129, 2012, pp.5-10.
- GROS, A., « Les formes de l'enquête historique: John Dewey et Max Weber », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 07 | 2011 (En ligne) <http://journals.openedition.org/acrh/3668>
- HARTZBAND, P., GROOPMAN, J., « Physician Burnout, Interrupted », *NEJM*, May 2020 (En ligne) <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2003149>.

- HIRIGOYEN M.F., « Le harcèlement moral au travail en 2003 », *Le journal international de victimologie*, vol. 1 n° 3, 2003, p. 1-10. (En ligne) <http://docplayer.fr/12514498-Journal-international-de-victimologie-international-journal-of-victimology.html>
- HOJAT M., VERGARE M. J., MAXWELL, K., et. Al., “The Devil is in the Third Year: A longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School”, *Academic Medicine*, 84 (9) 2009, pp. 1182-1191.
- HONNETH, A., « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue du MAUSS*, n° 23 (1), 2004, pp. 133-136.
- HURST, S., « Quand la médecine se pratique «la mort dans l'âme. La souffrance des soignants face au dilemme moral», *InfoKara*, vol. 16, n° 4, 2001, pp. 27-31.
- IDE, P., « Le burn-out : une maladie du don ? », *Nouvelle revue théologique*, vol. 137, n° 2, 2015, pp. 265-277.
- KIROUAC, L., « Instruments de mesure et voies thérapeutiques du *burn-out* : la responsabilité sociale court-circuitée », *Reflets*, 17 (1), 2011, pp. 30-57.
- KOVESS-MASFETY, V., SAUNDER, L., « Le *burnout* : historique, mesures et controverses », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 78, 2017, pp.16-23.
- KUHN, C.M., FLANAGAN, E.M., “Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide”, *Canadian Journal of Anesthesia*, 64, 2017, pp. 158-168. (En ligne) <https://link.springer.com/article/10.1007/s12630-016-0781-0>
- LE BOTERF, G., « La recherche-action : une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux ? » *Pour*, n° 90, 1983, pp. 39-46.
- LECOMTE, J., « Empathie et ses effets », *EMC-Savoirs et soins infirmiers*, 2010, pp. 1-7.
- LE COZ, P., « Quelles valeurs pour le soin de demain ? », *Soins*, vol. 63, n° 824, 2018, p. 55.
- LEFEVE, C., « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit*, n° 4 : « Médecine et philosophie » (dir. D. Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, pp. 25-34. (En ligne) <http://www.sphere.univ-paris-diderot.fr/IMG/pdf/256CelineLefevreLaphilosophiedusoin.pdf>
- MAHIEU, E., « L'influence de l'acte clinique dans la pensée grecque », *L'information psychiatrique*, vol. 82(2), 2006, pp.159-164.
- MANOUKIAN, F., « Prémisses et issues de la recherche-action », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. VII, n° 16, 2001, pp. 235-249.
- MOLINIER, P., FLOTTES, A., « Travail et santé mentale : approches cliniques », *Travail et Emploi*, 129, 2012, pp. 51-66. (p. 52)

- OLIÉ, J. - P., LEGÉRON, P., "Le burn-out", *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 200, n° 2, 2016, pp. 349-365. (p. 351).
- PETIAU, A., « Ne dites surtout pas que vous êtes médecin »: plaidoyer pour une prise en compte du vécu des soignants», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 57, n° 2, 2016, pp. 103-118. (p. 103)
- POTIRON, M., « Psychodynamique de la reconnaissance au travail et identité », *Le Carnet PSY*, vol. 193, n° 8, 2015, pp. 27-33.
- PUDDESTER D., « The Canadian Medical Association's Policy on Physician Health and Well-being », *The Western journal of medicine*, 174(1), 2001, pp. 5-7.
- RENAULT, E. « En quoi le travail échappe-t-il aux théories de la justice ? », *Travailler*, vol. 36, n° 2, 2016, pp. 43-57.
- RENAULT E., « Reconnaissance et travail », *Travailler*, vol. 18, n° 2, 2007, pp. 119-135. (p. 126).
- RICŒUR, P., « L'identité narrative », *Esprit*, 1988, pp. 295-304. (p. 301).
- ROYER, D. « Qu'en est-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ? », *Empan*, vol. n° 46, n° 2, 2002, pp. 18-25.
- SHADILI, G., GOUMARD, D., PROVOOST, J.-P., LE PALLEC, G., « Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers », *L'Information psychiatrique*, 94 (1), 2018, pp.13-18.
- SCHRAUB S., MARX E., « Le point sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn-out, en cancérologie », *Bulletin du Cancer*, 91(9), 2004, pp.673-676.
- TAPPOLET, C., « Les vertus de l'imagination : introduction », *Les ateliers de l'éthique, The Ethics Forum*, 5 (1), 2010, pp. 23-25.
- TRONTO, J.C., « Du care, L'amour des autres, care, compassion et humanitarisme », *Revue du Mauss*, n° 32, 2008, pp.243-266.
- VEBER. B, et al., « L'épidémie du COVID-19, un immense défi organisationnel, médical et humain pour les équipes d'anesthésie-réanimation », *Anesthésie & Réanimation*. 2020 (En ligne) <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2020.04.009>tome
- WAECHLI, M., FOPPA, C., « Apports d'une formation en éthique biomédicale : Investigations, considérations et perspectives », *Journal International de Bioéthique*, vol. 23(3), 2012, pp. 167-177.

WEST, C.P., TAN, A.D., HABERMANN, T.M., et al., "Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors", *JAMA*, 302, 2009, pp.1294-300.

WU, A.W., "Medical Error: The Second Victim: The Doctor Who Makes the Mistake Needs Help Too", *British Medical Journal*, Vol. 320, n° 7237, 2000, pp. 726-727.

OUVRAGES

AUSLANDER V., *Omerta à l'hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris : Michalon, 2017.

BAUDELLOT, C., GOLLAC, M., *Travailler pour être heureux ? le bonheur et le travail en France*, Paris : Fayard, 2003.

BOLTANSKI, L., *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris : Gallimard, 2009.

BOLTANSKI, L., *La souffrance à distance*, Paris : Gallimard, 2007.

CANGUILHEM, G., *Œuvres complètes Tome I : écrits philosophiques et politiques 1926-1939*, Paris : Vrin, 2011.

CHABOT, P., *Global burn-out*, Paris : PUF, 2013.

CLOT, Y., *Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux au travail*, 2^e édition, Paris : La Découverte, 2015.

DEJOURS, C., *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris : Éditions du Seuil, 1998.

DEWEY, J. *Reconstruction en philosophie* (1^{ere} édition 1920), Paris : Gallimard, 2014.

EHRENBERG, A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris : Odile Jacob, 2000.

FAGOT-LARGEAULT, A., *Médecine et Philosophie*, Paris : PUF, 2010.

FLEURY, C., *La fin du courage* (E-book). Paris : Fayard, 2010.

FLEURY, C., *Le soin est un humanisme*, Paris : Gallimard, 2019.

GALAM, E., *L'erreur médicale, le burnout et le soignant*, Paris : Springer, 2012.

GZIL, F., *La maladie du temps. Sur la maladie d'Alzheimer*, Paris : PUF, 2014.

HIRIGOYEN, M.F., *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*, Paris : Syros, 1998.

HONNETH, A., *La réification*, Paris : Gallimard, 2005. (p.120).

ILLICH, Y., *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*, Paris : Seuil, 1975.

MACINTYRE, A., *After Virtue*, Notre-Dame : Notre-Dame University Press, 1984.

MEDA, D., *Le travail*, Paris : PUF, 2016.

MOLINIER, P., *Les enjeux psychiques au travail*, Paris : Payot, 2006.

MORIN, E., *Introduction à la pensée complexe*, Paris : Éditions du seuil, 2005.

NORDMANN, C., *Bourdieu/Rancière – La politique entre sociologie et philosophie*, Paris : Éditions Amsterdam, 2006.

RANCIERE, J., *Le Maître ignorant. Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*, Paris, Fayard, 1987.

RENAULT, E., *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*, Paris : La Découverte, 2008.

RICŒUR, P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Éditions du Seuil, 1990.

ROSA, H., *Accélération. Une critique sociale du temps*. Paris : La découverte, 2010.

SARTRE, J.P., *Questions de méthode*, Paris : Gallimard, 1960.

SENNETT, R., *Le travail sans qualités, les conséquences humaines de la flexibilité*, Paris : Albin Michel, 2000.

SUPIOT, A., *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris : Fayard, 2015.

VALERY, P., *Variété III, IV et V*, Paris : Gallimard, 2002 (1936 pour Variété III, 1938 pour Variété IV, 1944 pour Variété V).

VELUT, S., *L'Hôpital, une nouvelle industrie : Le langage comme symptôme* (E-book). Paris : Gallimard, 2020.

CHAPITRES D'OUVRAGES

AUSLENDER, V., Introduction. Dans : *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris : Michalon, 2017, pp. 21-32.

BENNEGADI R., BORNSTEIN S., dir., *Stress, burn-out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif*, Paris : Dunod, 2016, pp. 19-33.

- CANOUI, P., « Et si l'on arrêta de s'épuiser au travail... Du burn-out des soignants ou global burn-out: Le burn-out, pourquoi, comment ? ». Dans: COUTANCEAU R. dir., Dans: *Stress, burn-out, harcèlement moral: De la souffrance au travail au management qualitatif*. Paris: Dunod, 2016, pp. 19-33.
- CRAWFORD, B.M., « Les contradictions du travail du bureau ». Dans: *Éloge du Carburateur, essai sur le sens et la valeur du travail*, Paris: La découverte, 2016, pp. 145-184.
- DEJOURS, C., « Quand le "tournant gestionnaire" aggrave les décompensations des soignants ». Dans: AUSLENDER, V. dir., *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris: Michalon, 2017, pp. 203-212.
- DEJOURS, C., « Souffrance et plaisir au travail: l'approche par la psychopathologie du travail » (1986). Dans: DEJOURS C. dir., *Situations du travail*, Paris: PUF, 2016, pp. 19-37.
- DELBROUCK, M., VENARA, P., GOULET, F., LADOUCEUR, R., « Fondements philosophiques du burn-out. Une autre manière d'envisager le syndrome d'épuisement ? », Dans: DELBROUCK, M. dir., *Comment traiter le burn-out*, Louvain-la-Neuve: De Boeck, 2011, pp. 67-72 .
- EDEY GAMASSOU, C., « Comprendre et prévenir les risques de l'engagement dans les métiers du care ». Dans: COURTET, C., éd., *Risques du travail, la santé négociée*, Paris: La Découverte, 2012, pp. 265-280.
- GARRAU, M., « Éthique et politique de l'attention ». Dans: GARRAU M. dir., *Care et attention*, Paris: PUF, 2014, pp. 43-68.
- GARRAU, M., LE GOFF, A., « Introduction ». Dans: GARRAU, M., LE GOFF, A. dir., *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris: PUF, 2010, pp. 5-10.
- GOLSE, A., « De la médecine de la maladie a la médecine de la santé ». Dans: ARTIERES P. éd., *Michel Foucault et la médecine: Lectures et usages*, Paris: Éditions Kimé, 2001, pp. 271-300.
- FAGOT-LARGEAULT, A., « Sur la compassion ». Dans: *Médecine et Philosophie*, Paris: PUF, 2010, pp. 243-260.
- FLEURY C., Une maltraitance institutionnelle. Dans: AUSLENDER, V. dir., *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris: Michalon, 2017, pp. 213-216.
- GODEAU E., « Comment se construire sous les insultes répétées ? ». Dans: AUSLENDER, V. dir., *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris: Michalon, 2017, pp. 235-240.
- GOORDEN, T., « Le suicide des médecins ». Dans: CORTEN P., *Le burn-out des quinquas*, Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2013, pp. 163-173.
- LEFEVE C., « Peut-on former aux soins dans la violence ? ». Dans: AUSLENDER, V. dir., *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris: Michalon, 2017, pp. 221-233.

LEGERON P., « Médecin : un métier à risques Stress, risque psychosociaux et burn-out ». Dans: MAURY M. et al. Dir., *Les médecins ont aussi leurs maux à dire* Paris : ERES, 2019, pp.17- 59.

MOLINIER, P., Jean Oury. « Alors, la vie quotidienne ? ». Dans : ZACCAI-REYNER, N., LEFEVE, C., MINO, J.-C., Dir., *le soin, approches contemporaines*, PARIS : PUF, 2016, pp. 115-124.

MOLINIER, P., « Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière ». Dans: JOUAN M. Dir., *Comment penser l'autonomie ?*, Paris : PUF, 2009, pp. 433-458.

PIERRU, F., « Soigner l'humain » : supplément d'âme managérial ou point de passage obligé d'une réforme progressiste du système de santé ? . Dans : GEORGES-TARRAGANO, C., ASTRE, H., PIERRU, F., Dir., *Soigner (l')humain manifeste pour un juste soin à un juste coût* (E-book). Rennes : Presses de l'EHESP, 2015.

RENAULT, E., « Introduction ». Dans : *L'expérience de l'injustice, philosophie politique et clinique de l'injustice* (E-book). Paris : La découverte, 2017.

RICŒUR, P. « Autonomie et vulnérabilité ». Dans : *La philosophie dans la Cité : Hommage à Hélène Ackermans*, Bruxelles : Presses de l'Université Saint-Louis, 1997, pp. 121-141. (En ligne) <http://books.openedition.org/pusl/18960>

RICŒUR P., « La souffrance n'est pas la douleur ». Dans : MARIN C., ZACCAI-REYNER N., dir., *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, Paris : PUF, 2013, pp. 13-33.

TRONTO, J.C., « Au-delà d'une différence de genre ». Dans : PAPERMAN, P. LAUGIER, S. Dir., *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris : Raisons Pratiques, 2005, pp. 25-49.

WORMS, F., « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité ». Dans : BENAROYO L. éd., *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*. Paris, PUF, 2010, pp. 9-21. (p. 14).

ZAWIEJA P., « Clinique du burn out ». Dans : *Le burn out*, Paris : PUF, 2015, pp 11-36.

DOCUMENTS ÉLECTRONIQUES

DIOPPA, M.M., TORRIELLI, R., MION, G., BONNET, F., et les membres de la Commission SMART du Collège Français des anesthésistes-réanimateurs (15/02/11). *Les associations de prise en charge des médecins en difficulté professionnelle* (En ligne), https://www.cfar.org/images/stories/DOCSSmart/associations_prise_en_charge.pdf

FORMATION MEDICALE CONTINUE DINAN. (31/03/2017) *Un bon médecin est un médecin vivant*. (En ligne) <http://www.fmcdinan.org/2017/03/un-bon-medecin-est-un-medecin-vivant.html>

GARDIEN, E. (27/02/ 2012). *Soins et rééducation au péril de l'intimité partagée*, 2009. (En ligne), <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00673251/document>

GOLLAC M. VOLKOFF S. (07/2010). *Mesurer le travail. Une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine* (En ligne), http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/2011/mesurer_le_travail_gollac_volkoff_cee_2010_chsct.pdf

JOLY P. (03/2011). « Souffrance des soignants et réflexion éthique en institution », *Espace Ethique Méditerranéen, Contribution* (En ligne), http://www.ee-paca-corse.com/IMG/pdf/Memoire_patricia_joly.pdf

JOSSE, E. (04/2020). « Sur le front d'une guerre biologique. La santé mentale du personnel hospitalier face au coronavirus » (En ligne), http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/sur_le_front_guerre_biolgique.pdf

OGIEN R. (25/10/2013). « Qui a besoin d'une éthique à visage humain ? » *Raison Publique* (En ligne), <https://www.raison-publique.fr/article641.html>

RENALOO. (29/04/2015) « Travailler avec la dialyse ou la greffe, un défi ? les résultats d'une grande enquête » (En ligne) <http://www.renalloo.com/actualites2/les-dernieres-actualites-liste/1343-travailler-avec-la-dialyse-ou-la-greffe-un-defi-les-resultats-d-une-grande-enquete?showall=&limitstart>

SYNDICAT DES MÉDECINS LIBÉRAUX. (21/04/2015). *Médecins, mais pourquoi ne vous soignez-vous pas ?* — egora, En ligne <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=2058-medecins-mais-pourquoi-ne-vous-soignez-vous-pas-egora>

TEXTES DE LOI ET RAPPORTS OFFICIELS

Code du travail — art. L4161-1

GOLLAC, M., BODIER M., et les membres du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Paris, 2011.

NASSE, P., LÉGERON, P., *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Rapport au Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 12 mars 2008.

RAPPORTS INSTITUTIONNELS

Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ANESM). « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », RECOMMANDATION DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES, novembre 2010.

American Academy of Orthopaedic Surgeons. « Physician empathy a key driver of patient satisfaction: New study supports enhanced physician-patient communication training ». *ScienceDaily*. Mars 2016. (En ligne) www.sciencedaily.com/releases/2016/03/160301114118.htm

Comité Consultatif National d’Ethique (CCNE). « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », AVIS N° 101 (RAPPORTEUR BELOUCIF S.), Juin 2007.

Haute Autorité de Santé (HAS). « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d’épuisement professionnel ou burnout », RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE, mai 2017.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS). « Etablissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques », RAPPORT N°2016-083R (Établi par DESAILLY-CHANSON M.A., SIAHMED H., ELSHOUD — IGAENR S.), décembre 2016.

Ordre des médecins. « *Le médecin malade* », Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l’Ordre des Médecins du 28 juin 2008 (Rapporteur LERICHE B.), juin 2008. <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmaladesynthese.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Commission des Déterminants sociaux de la santé », Rapport final. 2009.

AUTRES RAPPORTS

GALAM E., « *L’épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives* », COMMISSION PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE, Union Régionale des Médecins Libéraux (URLM) Ile-de-France, juin 2007. (En ligne) http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf

FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARD, “Physician Wellness and Burnout, Report and Recommendations of the FSMB Workgroup on Physician Wellness and Burnout”, *Journal of medical regulation*, Vol. 104, n° 2, 2018, pp. 37-48.

ROMAN, S., PREVOST, C., « La santé des médecins, état des connaissances et approches préventives », Programme d’Aide aux Médecins du Québec (PAQM), 2015. (En ligne) http://www.pamq.org/assets/pdf/revue_litterature_2015_fr.pdf

ARTICLES DE PRESSE ET INTERVIEWS

BENYANIMA A., BOILEAU C., CAUMES E., et al. (04/05/2020). « Libérons l’hôpital du fléau bureaucratique ! *Le figaro*, p. 24.

CHABROL, A. (Coordonné par) (septembre-octobre 2008) Dossier « Le médecin Malade ». Interview des Drs Padrose et Beranger Camps; *Médecin le magazine de l’ordre national des médecin*, p. 27-28.

COLDERS, L. (Propos recueillis par) (01/10/2009) « Suicides de salariés: « Le monde du travail est aujourd'hui un lieu dévasté » (Christophe Dejours, psychanalyste et professeur au Cnam) », *L'express*. (En ligne) https://entreprise.lexpress.fr/rh-management/formation/suicides-de-salaries-le-monde-du-travail-est-aujourd-hui-un-lieu-devaste-christophe-dejours-psychanalyste-et-professeur-au-cnam_1323996.html

COUSIN, C. (15/11/2019). « Ils ont arrêté médecine: Maxime, 22 ans, burn-outé en 4^e année », *What's up Doc ?*. (En ligne) <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/ils-ont-arrete-medecine-maxime-22-ans-burn-oute-en-4e-annee>

DESRIEUX F. (01/04/2020) « Avant d'être psychologue, le désarroi des soignants est éthique. Entretien avec Pascale Molinier, Professeure de psychologie sociale à l'Université Sorbonne Paris Nord », *Santé au travail*. (En ligne) <https://www.sante-et-travail.fr/detre-psychologique-desarroi-soignants-ethique>

FOULT, M. (11/09/2018). « Le burn-out des médecins double le risque d'incidents de sécurité des patients », *Le Quotidien du médecin*. (En ligne) <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/le-burn-out-des-medecins-double-le-risque-dincidents-de-securite-des-patients>

GALAM E. (29/03/2017), « Ehpad, hôpital: prendre soin de ceux qui nous soignent... et puis quoi encore? », *The conversation* (En ligne) <https://theconversation.com/ehpad-hopital-prendre-soin-de-ceux-qui-nous-soignent-et-puis-quoi-encore-74653>

LAIGNEL-LAVASTINE A. (Propos recueillis par) (07/12/2006). « Honneth A., « Sans la reconnaissance, l'individu ne peut se penser en sujet de sa propre vie », *Philosophie magazine*. (en ligne) <http://www.philomag.com/article,entretien,axel-honneth-sans-la-reconnaissance-l-individu-ne-peut-se-penser-en-sujet-de-sa-propre-vie,180.php>

LIEUTAUD, T., PEZE M. (03/05/2020). « De l'héroïsation du travail des soignants au risque de leur désillusion massive », *Médiapart*. (En ligne) <https://blogs.mediapart.fr/marie-peze/blog/030520/de-l-heroisation-du-travail-des-soignants-au-risque-de-leur-desillusion-massive>

NAJEM, I. (02/04/2020). « Médecin généraliste, je suis désarmée face aux patients en détresse », *Libération*. (En ligne) https://www.liberation.fr/debats/2020/04/02/medecin-generaliste-je-suis-desarmee-face-aux-patients-en-detresse_1783953

SITES INTERNET

American Medical Association (AMA). Page « Physician Responsibilities to Impaired Colleagues ». <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-responsibilities-impaired-colleagues>

American Medical Association (AMA). Page « Physician Health & Wellness ». <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-health-wellness>

Cairn. <https://www.cairn.info>

Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Page consacrée aux risques psychosociaux:
<http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Ministère des Solidarités et de la Santé. Page Dis doc t'as ton doc? <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Page « santé mentale ». https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/

Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) <http://www.pamq.org/fr/>

THÈSES ET RAPPORTS DE RECHERCHES

GREVIN, A., *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail: l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de « gestionniste »*, Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Nantes, spécialité Sciences de Gestion, 2011. (En ligne) <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00683586/document>

JANIN, C., PECQUEUR, B., BESSON, R., *Les Living Labs: Définitions, enjeux, comparaisons et premiers retours d'expériences*, Rapport de recherche, 2013. (En ligne) <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01726215/document>

STETHOS, *Vulnérabilités des professionnels de santé*. Rapport d'enquête, Octobre 2016. (En ligne) <https://www.asso-sps.fr/actualites/etudes>



Site : <https://chaire-philosophie.fr/>

Twitter : @hosiphilo

Facebook : ChairePhilosophieAHopital

Instagram : chairephilohopital

Contact mail : contact@chaire-philosophie.fr

