

## réflexion

## RECHERCHE

# Prendre soin des soignants : burn-out et médecine narrative

Burn-out, fatigue morale, départs, démissions silencieuses : l'usure n'est plus un bruit de fond dans les équipes de soins. Les données pointent une prévalence élevée et des effets sur la qualité et la sécurité des soins dispensés, mais les récits de soignants montrent surtout comment cela s'installe : surcharge, temps morcelé, injonctions paradoxales, parole devenue risquée dans des organisations très hiérarchisées. Quand la vulnérabilité coûte, le collectif se fragilise et chacun se retrouve isolé. À partir de ce constat, cet article propose une réponse concrète avec la médecine narrative : rouvrir des espaces de lecture, d'écriture brève et d'échange cadré pour travailler l'expérience du soin, puis inscrire cette pratique dans la durée (rituels d'équipe, formation, réseau, ancrage institutionnel). Une méthode simple et transférable qui peut soutenir l'attention, la réflexion éthique et les liens entre collègues.

petites renonciations, temps morcelé, charge mentale qui déborde hors service, sentiment d'impuissance face à des situations répétées, difficulté à demander de l'aide, impression que la parole coûte. En filigrane, une même question : comment continuer à soigner quand les conditions rendent le soin difficile et, surtout, comment tenir sans s'abîmer ?

Le burn-out, aujourd'hui, n'est plus un mot marginal dans la santé ; il renvoie à une réalité documentée, avec des effets sur les équipes comme sur la qualité et la sécurité des soins. Il s'inscrit souvent dans un déséquilibre durable : exigences élevées, ressources insuffisantes, injonctions paradoxales, et raréfaction des espaces collectifs où déposer, penser et partager l'expérience du travail. C'est ce paysage que nous explorons ici : le lien entre burn-out et monde hospitalier, avant de nous tourner vers la médecine narrative comme appui possible, non comme solution unique, mais plus comme une pratique concrète de lecture, de l'écriture, de l'échange, capable de rouvrir des lieux de parole sécurisés, de retisser du lien professionnel et de redonner prise sur le sens du soin.

## Quand le soin épuise : (mauvais) état des lieux du burn-out

Le burn-out s'est imposé comme un problème majeur du travail médical : il sert à la fois d'objet de recherche, de signal d'alerte pour les organisations et de mot courant pour décrire une

Depuis une vingtaine d'années, quelque chose sort des couloirs de l'hôpital et entre en librairie. Des soignants écrivent, non pour « raconter leur vie », mais parce que certaines expériences de travail ne tiennent plus dans la langue des procédures. On peut suivre ce mouvement par ses dates : *La Grande Garde* d'Antoine Sénanque en 2007, *Alors voilà* de Baptiste Beaulieu en 2013, *Papa! Pourquoi tu dors encore à l'hôpital?* *Chroniques d'un jeune urgentiste* de Mathieu Doukhan en 2016, *Omerta à l'hôpital* de Valérie Auslender en 2017 et *Comment mes collègues m'ont liquidée* de Laurence Verneuil en 2022. À travers des formes très différentes (roman, chronique, enquête, récit), ces textes pointent des zones de tension récurrentes : surcharge, conflits de valeurs, solitude au travail, peurs diffuses, et parfois la sanction quand on ne se conforme pas. Ils rendent visibles les frictions quotidiennes entre l'idéal de soin et ce que l'organisation autorise réellement.

Ce corpus n'est pas un « à-côté » littéraire du monde hospitalier : il constitue une source précieuse pour comprendre le burn-out et, plus largement, la souffrance au travail dans les métiers du soin. Là où les indicateurs agrègent, ces récits détaillent. Là où les enquêtes quantifient, ces récits montrent comment l'usure se fabrique : accumulation de

**Loïc BOURDEAU**

Enseignant-chercheur en études francophones et humanités médicales  
Université de Maynooth, Irlande  
Coprésident de l'Association francophone de médecine narrative

**Natividad****GARRIDO RODRÍGUEZ**

Professeure de philosophie morale  
Département d'histoire et philosophie de la science, de l'éducation et du langage  
Université de La Laguna, Espagne

**Mériem SINACEUR**

Médecin, praticien hospitalier en anesthésie réanimation  
CHU de Bordeaux  
Coprésidente de l'Association francophone de médecine narrative

souffrance professionnelle [Bianchi et Schonfeld, 2023]. Dans la Classification internationale des maladies-11<sup>e</sup> révision (CIM-11), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le présente comme un phénomène lié au travail, défini par l'épuisement, une distance mentale accrue ou du cynisme vis-à-vis du travail, et un sentiment d'inefficacité. Dans les études sur les soignants, l'outil le plus utilisé reste le Maslach Burnout Inventory, fondé sur trois dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation/cynisme, et accomplissement personnel [Karuna *et al.*, 2022; Panagiotti *et al.*, 2017].

Cette base commune n'efface pas les débats. Plusieurs auteurs insistent sur la fragilité du cadre diagnostique : absence de critères cliniques validés, seuils variables d'une étude à l'autre, chevauchements avec la dépression et risque d'un usage trop large de l'étiquette « burn-out ». Autrement dit, la littérature décrit un phénomène fréquent, dont les contours changent selon les définitions et les instruments employés [Karuna *et al.*, 2022].

Sur le plan épidémiologique, les résultats convergent vers une prévalence élevée, avec de fortes variations selon les pays, les spécialités, les périodes et les méthodes. En France, une synthèse quantitative des études disponibles sur les médecins estime une prévalence autour de 49% [Kansoun *et al.*, 2019]. Pendant la Covid-19, une autre synthèse rapporte une prévalence globale de 54,6% chez les médecins, plus élevée au début de la pandémie qu'à un stade plus tardif [Macaron *et al.*, 2023]. Chez les internes de médecine générale – faculté de Lille-Warembourg, données 2022 –, une étude trouve 61,7% de répondants à risque et 42,6% classés « sévères », avec des niveaux très élevés de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel [Katz, 2023]. Même lorsqu'on change de segment (par exemple les médecins généralistes), l'ampleur du phénomène reste importante : une synthèse internationale souligne des estimations allant de 6% à 33% selon la dimension étudiée et conclut à un burn-out modéré à

élevé à l'échelle mondiale, tout en pointant une hétérogénéité majeure des définitions et des seuils. Cette dispersion n'annule pas le constat ; elle rappelle que les chiffres sont aussi le produit d'un choix de définition, de mesure et de contexte.

Du côté des déterminants, un schéma revient régulièrement : l'usure s'installe quand les exigences du travail dépassent durablement les ressources disponibles. La charge de travail, les horaires à rallonge, la qualité des relations de travail et la manière dont les équipes et les processus sont organisés apparaissent comme des facteurs récurrents [Garcia *et al.*, 2019]. Les conséquences dépassent la santé des professionnels : le burn-out est associé à une dégradation de la sécurité des patients et de la culture de sécurité, notamment via des problèmes de communication, de travail en équipe et de fonctionnement organisationnel. Ces résultats ont des implications directes pour les réponses à mettre en place. Les études d'intervention montrent des effets globalement modestes mais réels, avec de meilleurs résultats lorsque l'action vise l'organisation du travail plutôt que les seuls individus [Panagiotti *et al.*, 2017]. Dans une méta-analyse centrée sur l'épuisement (dimension centrale du burn-out), les interventions organisationnelles montrent une réduction moyenne de l'épuisement, surtout quand elles sont participatives ou ciblent la charge de travail, même si la qualité globale des preuves reste limitée et hétérogène [Bes *et al.*, 2023]. L'idée qui se dégage est simple : si le problème est largement façonné par l'environnement de travail, la prévention et la réduction passent aussi par des changements sur le travail réel.

Enfin, l'état de la recherche met de plus en plus en évidence un point souvent décisif dans les institutions de santé : le burn-out s'articule à des hiérarchies et à des régimes de parole. Dans la formation médicale, la vulnérabilité peut être vécue comme incompatible avec l'image de compétence et son expression expose à des sanctions informelles (humiliation, maltraitance, dégradation des relations), au point d'entretenir un cycle où le burn-out « consume » la vulnérabilité elle-même [Winderbaum, 2024]. Dans le même temps, des analyses françaises décrivent comment certaines transformations organisationnelles peuvent affaiblir les espaces de récit collectif et rendre l'écoute difficile au sein même de l'institution [Gateau, 2023]. C'est souvent là que se joue l'impasse : non seulement la fatigue, mais l'impossibilité de dire, de partager, et parfois même de nommer ce qui abîme. Depuis quelques années, on voit apparaître chez les soignants des signes et symptômes qui relèvent de la « fatigue de compassion », syndrome teinté d'un intense sentiment de lassitude et d'une perte du sentiment de vocation : le soignant présente alors un manque d'empathie, de patience, d'écoute, et se trouve en proie à de profondes interrogations sur le sens de son travail, de son utilité et de son identité. Le « traumatisme vicariant » est décrit lorsqu'un soignant commence à manifester des symptômes de stress post-traumatique liés à un trauma vécu par son patient [Brillon, 2021] ; la principale ressource pour les soignants repose sur la connaissance de soi : s'interroger sur

ses propres émotions, ses zones de fragilité, ses motivations à exercer ce métier, afin de pouvoir identifier la détresse, si elle survient, en temps réel.

### Une méthode concrète pour (re)donner sens et lien

La médecine narrative est une approche développée par Rita Charon, qui a fondé le premier programme de médecine narrative aux États-Unis. Dans les années 1990, elle propose ainsi une perspective interdisciplinaire qui intègre les humanités et les arts dans la pratique médicale contemporaine. Cette approche peut être comprise à la fois comme une pratique clinique et académique. Rita Charon la définit comme une pratique fondée sur la capacité à accueillir et à interpréter les récits de maladie, mais aussi les récits du travail de soin lui-même [2006, 7].

Cette approche répond à plusieurs limites de la médecine contemporaine : fragmentation du temps, surcharge administrative, protocolisation croissante, raréfaction des espaces de parole. Là où l'organisation tend à réduire l'expérience clinique à des indicateurs, la médecine narrative réintroduit des formes de récit qui permettent de penser ce qui échappe aux chiffres et de redonner une place à la subjectivité dans le soin. Elle propose ainsi un cadre pour dépasser certaines limites de la formation et de la pratique médicales, en développant des compétences transversales essentielles : attention active, écoute empathique, réflexivité critique. Ces compétences, décrites par Charon [2001], renforcent non seulement la qualité de la relation thérapeutique, mais aussi celle des relations entre professionnels, souvent mises à mal par les contraintes organisationnelles. Dans cette perspective, l'intégration des compétences narratives dans la médecine peut conduire à un soin « plus humain, plus éthique et peut-être plus efficace » [Charon, 2006, 7]. Ces compétences se cultivent à travers des pratiques concrètes : lecture attentive de textes littéraires, écriture réflexive ou créative dans le cadre d'ateliers, élaboration de dossiers médicaux parallèles permettant d'explorer les dimensions subjectives de l'expérience de la maladie et du travail clinique. Loin d'être accessoires, ces pratiques ouvrent des espaces où les soignants peuvent déposer, élaborer et partager ce qui, autrement, resterait tu ou dispersé dans l'urgence du quotidien.

Dans des contextes marqués par des hiérarchies fortes, des charges de travail élevées et des évaluations constantes [Winderbaum, 2024], de nombreux médecins décrivent un sentiment d'isolement ou de compétition [Charon, 2001]. La médecine narrative propose alors un cadre pour restaurer la confiance, favoriser une affiliation plus équitable et soutenir une collaboration plus fluide dans la prise en charge des patients. Elle contribue à la construction d'une communauté professionnelle où il devient possible de partager des expériences difficiles, de reconnaître la vulnérabilité et de développer l'empathie entre collègues. Cette dynamique ouvre naturellement la voie à une question centrale : que change concrètement la médecine narrative dans la lutte contre le burn-out, et comment ses effets se manifestent-ils sur le terrain clinique ?

### Médecine narrative, ce que ça change sur le terrain

La médecine narrative ne « supprime » pas la surcharge, ni les contraintes structurelles, mais elle peut modifier, de façon très concrète, ce que les équipes parviennent à faire ensemble avec ce qui les affecte. Les études recensant des interventions narrativo-cliniques visant l'épuisement des praticiens hospitaliers décrivent d'abord un effet sur la capacité de réflexion et de « reprise » après coup : le fait de lire/écrire dans un cadre guidé ralentit le rythme, autorise une attention plus fine au vécu professionnel, et aide à nommer ce qui, autrement, serait resté confus ou isolé [Palla *et al.*, 2024]. Cette mise en forme n'est pas une simple catharsis : elle organise l'expérience en récit, et ce travail de narration devient une ressource pour affronter des situations répétées (tolérance à l'incertitude, confrontation à la souffrance, conflits de valeurs), plutôt que de les accumuler comme des charges muettes [Faustinella, 2020].

Ensuite, plusieurs travaux convergent vers un bénéfice « intermédiaire » particulièrement important à l'hôpital : la restauration d'un collectif. Lorsque le burn-out est associé à la fragmentation du temps, à l'érosion des espaces de discussion et à des régimes de parole risqués, la pratique narrative peut fonctionner comme un dispositif de ré-affiliation : on réapprend à écouter un collègue sans chercher immédiatement une solution, à reconnaître la vulnérabilité sans la transformer en faute et à rendre partageable une difficulté clinique ou relationnelle. Dans les descriptions de terrain, l'enjeu n'est pas d'obtenir une « harmonie » d'équipe, mais de recréer des micro-conditions de confiance : parler sans être exposé, être entendu sans être jugé, pouvoir dire « je ne tiens plus » sans que cela devienne une information contre soi [Winderbaum, 2024].

Un troisième effet, souvent rapporté, concerne la recontextualisation éthique

du travail. Dans les professions de santé, l'épuisement ne se réduit pas à une fatigue ; il s'adosse à des dilemmes répétés et à la sensation d'être empêché de faire du « bon » soin. Les interventions narratives décrites dans la littérature aident les soignants à remettre au centre la dimension relationnelle et morale du soin, à expliciter les tensions entre protocoles, contraintes et valeurs professionnelles et à reconnaître ce que ces tensions coûtent au quotidien [Palla *et al.*, 2024]. Dans cette perspective, la médecine narrative ne remplace pas les politiques de prévention, ni les changements organisationnels ; elle peut toutefois agir comme un outil de régulation du vécu éthique et émotionnel du travail, en amont des ruptures. Enfin, ces effets individuels et collectifs sont pertinents pour les institutions parce qu'ils touchent indirectement à ce que la recherche relie au burn-out : communication, travail en équipe, climat de sécurité et qualité perçue [Garcia *et al.*, 2019]. Autrement dit, même lorsqu'elle ne modifie pas immédiatement les contraintes structurelles, une pratique narrative bien cadrée peut renforcer des dimensions du fonctionnement d'équipe qui comptent pour la sécurité et la continuité des soins. La question devient alors opérationnelle : dans quelles conditions

ces bénéfiques apparaissent-ils et comment les inscrire dans des dispositifs réguliers, soutenus et compatibles avec la réalité hospitalière ?

### Installer une pratique continue

Pour qu'une démarche de médecine narrative produise des effets durables, la question n'est pas seulement quoi faire (un atelier, un séminaire, une journée) mais comment tenir dans le temps. La recherche sur le burn-out rappelle que les actions ponctuelles, même utiles, peinent à compenser des contraintes structurelles ; les approches qui agissent sur l'environnement de travail obtiennent en moyenne de meilleurs résultats que celles centrées uniquement sur l'individu [Panagioti *et al.*, 2017; Bes *et al.*, 2023]. La médecine narrative gagne donc à être pensée comme un dispositif régulier, intégré à la vie des équipes, et soutenu par l'institution.

- **Premier levier** : les rituels d'équipe, en formats courts, répétables, adaptés au terrain. Cela peut prendre la forme d'un « quart d'heure de récit » en fin de relève, d'un temps mensuel d'écriture brève à partir d'une vignette clinique ou d'une lecture partagée (un paragraphe, une page) suivie de quelques minutes d'échanges cadrés. L'enjeu n'est pas de « tout dire », mais de recréer une continuité : un lieu où l'expérience du travail devient partageable, ce qui soutient le collectif et la communication (des dimensions directement liées à la culture de sécurité [Garcia *et al.*, 2019]. Un cadre simple aide : règles de confidentialité, droit au silence, attention au langage non jugeant et animation formée pour éviter que l'espace ne bascule en règlement de comptes ou en supervision informelle.

- **Deuxième levier** : la formation, pensée comme point de départ, pas comme finalité. L'exemple du diplôme universitaire de médecine narrative à Bordeaux, créé en 2021, montre comment une formation interdisciplinaire (soignants, paramédical, artistes, sciences humaines et sociales, littérature) peut structurer un socle commun de méthodes et de pratiques. À cette dynamique de formation s'ajoute un écosystème : une chaire Médecine narrative-Hospitalité en santé lancée à Bordeaux en octobre 2023, et l'Association francophone de médecine narrative créée en 2024, conçue comme espace de partage, de ressources et de développement. Ce type de réseau est crucial : il permet de continuer à pratiquer, d'échanger des formats, d'éviter l'isolement des porteurs de projet et de soutenir une montée en compétences au long cours.

- **Troisième levier** : l'ancrage institutionnel. Une pratique continue ne tient pas sans un minimum de reconnaissance organisationnelle : temps identifié (même modeste), articulation avec la qualité de vie au travail, la formation continue et, lorsque c'est pertinent, les priorités de qualité/sécurité. La régularité, l'accessibilité (horaires compatibles, alternance des équipes) et la protection de l'espace (pas d'évaluation ou d'usage disciplinaire) conditionnent la confiance, et donc la participation. Un pilotage léger mais clair (réfèrent formé, comité de suivi, évaluation qualitative simple) permet aussi de documenter ce que ces pratiques changent réellement sur le terrain.

#### EN PARTENARIAT AVEC...

### La Chaire de Philosophie à l'hôpital

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris psychiatrie & neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, elle aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé. Ses thématiques de recherche s'articulent autour de cinq pôles : Philosophie clinique et savoirs expérientiels/Santé connectée et intelligence artificielle/ Design capacitaire/Résilience et clinique du développement/ Nature et patrimoine en santé. [www.chaire-philo.fr](http://www.chaire-philo.fr)



le cnam



GHU PARIS  
PSYCHIATRIE &  
NEUROSCIENCES

## Conclusion

Si nous étions dans un atelier de médecine narrative, nous pourrions lire la page 101 de *Comment mes collègues m'ont liquidée* [Verneuil, 2022] : « À la faculté, on m'avait appris les maladies et leur guérison, mais on ne m'avait rien dit des patients, ces individus avec leur complexité. Cette faculté est aussi le théâtre du pouvoir suprême. On y fait croire aux étudiants que c'est l'espace de la vérité absolue, du savoir incontestable. » Le vocabulaire est frontal : pouvoir, vérité, soumission, toute-puissance. La page met en scène une logique hiérarchique où le savoir devient autorité et où l'apprentissage de la relation (accueillir, rester humble, se remettre en question) est mis de côté. Lue à voix haute, ensemble, cette page fait surgir un nœud central de ce que la recherche décrit ailleurs : la difficulté, pour les soignants en formation et en poste, d'exprimer une vulnérabilité sans qu'elle soit interprétée comme une faiblesse professionnelle, parfois au prix de sanctions informelles.

Dans le même extrait, Verneuil critique un « savoir théorique froid » et une manière de « voir le sujet en petits morceaux, comme un puzzle », jusqu'à l'image du « pantin désarticulé ». Cette comparaison éclaire autrement l'épuisement décrit ici : la fragmentation n'est pas seulement un problème d'organisation des tâches, elle touche aussi la perception du patient, du soignant et du sens même du soin. La page donne ainsi accès à ce qui se joue entre protocoles, temps contraint et perte de relation : quand le collectif se fragilise et que les espaces de parole se raréfient, chacun se retrouve renvoyé à une expérience isolée, et plus difficile à formuler, à partager, à transformer. On pourrait travailler ces questions avec bien d'autres textes et sur d'autres sujets, pas nécessairement médicaux. Les ateliers sont justement construits pour explorer

une thématique précise (épuisement, conflits de valeurs, travail en équipe, annonces difficiles), à partir d'œuvres plus ou moins proches du monde hospitalier. Ce détour par la littérature n'est pas un luxe : il ouvre un espace tiers où l'on peut dire autrement ce que l'institution rend parfois difficile à dire, et préparer la suite : ce que la médecine narrative change, concrètement, quand elle devient une pratique régulière. Et, dans un atelier, la lecture ne s'arrêterait pas là. Nous passerions à un moment d'écriture bref en reprenant l'extrait comme tremplin. Par exemple, après avoir lu cette page 101, nous pourrions proposer la consigne suivante : « Continuez la phrase de Verneuil avec vos propres mots, sans chercher à "bien écrire", mais en restant au plus près de votre expérience et de ce que la lecture et la discussion ont fait surgir. » Nous vous laissons alors poursuivre : « La faculté n'enseigne pas la relation, l'hôpital non plus d'ailleurs. Pourtant, les liens singuliers patient-médecin sont... » À vos crayons! ●

## RÉFÉRENCES

- V. Auslender, *Omerita à l'hôpital : le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Michalon, 2017.
- B. Beaulieu, *Alors voilà : les 1001 vies des urgences*, Fayard, 2013.
- I. Bes, Y. Shoman, M. Al-Gobari, V. Rousson, I. Guseva Canu, "Organizational interventions and occupational burnout: A meta-analysis with focus on exhaustion", *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2023, 96, 1211-1223.
- R. Bianchi, I.S. Schonfeld, "Examining the evidence base for burnout", *Bulletin of the World Health Organization*, 2023, 101, 743-748.
- P. Brillon, *Entretien ma vitalité d'aidant : guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle*, Les Éditions de l'Homme, 2021.
- R. Charon, "Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust", *JAMA*, 286(15), 1897-1902, 2001.
- R. Charon, *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*, Oxford University Press, 2006.
- M. Doukhan, *Papa ! Pourquoi tu dors encore à l'hôpital ? Chroniques d'un jeune urgentiste*, Éditions de l'Opportun, 2016.
- F. Faustinella, "The transformative effect of narrative medicine: How to fight stress and burnout through patient centered essays" [Présentation /Grand Rounds], 10 novembre 2020.
- A. L. Gallagher, J. Brown, C. Caroll, E. Perkins, C. VanDoren, A. McEntegart, *The potential of narrative-based medicine interventions targeting hospital practitioner burnout: Findings from a scoping review*, Arts & Health, 2024.
- C. De Lima Garcia, L.C. De Abreu, J. L. S. Ramos, C. F. D. De Castro, F. R. N. Smiderle, J. A. Dos Santos, I. M. P. Bezerra, "Influence of burnout on patient safety: Systematic review and meta-analysis", *Medicina*, 2019, 55(9), 553.
- V. Gateau, « Un dispositif d'éthique narrative pour limiter le burn-out des soignants », *Médecine/sciences*, 2023, 39, 564-568.
- Z. Kansoun, L. Boyer, M. Hodgkinson, V. Villes, C. Lançon, G. Fond, "Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Affective Disorders*, 2019, 246, 132-147.
- C. Karuna, V. Palmer, A. Scott, J. Gunn, "Prevalence of burnout among GPs: A systematic review and meta-analysis", *British Journal of General Practice*, 2022, e316-e324.
- D. Katz, « Évaluation du risque de burnout chez les internes de médecine générale de la faculté de Lille-Warembourg en 2022 », thèse de doctorat en médecine, université de Lille, 2023.
- M.M. Macaron, O.A. Segun-Omosehin, R.H. Matar, A. Beran, H. Nakanishi, C. A. Than, O.A. Abulseoud, "A systematic review and meta-analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis", *Frontiers in Psychiatry*, 2023, 13, 1071397.
- I. Palla, G. Turchetti, S. Polvani, "Narrative Medicine: theory, clinical practice and education: a scoping review", *BMC Health Serv Res*, 2024, 24, 1116.
- M. Panagioti, E. Panagopoulou, P. Bower, G. Lewith, E. Kontopantelis, C. Chew-Graham, S. Dawson, H. Van Marwijk, K. Geraghty, A. Esmail, "Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis", *JAMA Internal Medicine*, 2017, 177(2), 195-205.
- A. Sénanque, *La Grande Garde*, Grasset, 2007.
- Université Bordeaux Montaigne., lancement de la chaire Médecine narrative-Hospitalité en santé [Annonce/page institutionnelle], 2023.
- L. Verneuil, *Comment mes collègues m'ont liquidée : une médecin raconte l'hôpital*, Albin Michel, 2022.
- J. Winderbaum, Epistemic injustice: The hidden vulnerability of medicine, *Medical Education*, 1-3, 2024.

