



HAL
open science

Empathie, épuisement professionnel et caractéristiques socio-démographiques du personnel soignant des services de santé mentale

Livia Madalina Sturzu

► To cite this version:

Livia Madalina Sturzu. Empathie, épuisement professionnel et caractéristiques socio-démographiques du personnel soignant des services de santé mentale. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297394

HAL Id: hal-03297394

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297394>

Submitted on 21 Sep 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 Septembre 2018

Par

Livia Madalina STURZU

**EMPATHIE, ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
DU PERSONNEL SOIGNANT
DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE**

Membres du jury :

- Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN : Président du jury
- Monsieur le Professeur Bernard KABUTH : Juge
- Monsieur le Professeur Stéphane ZUILY : Juge
- Monsieur le Docteur Michael BISCH : Juge et directeur de thèse



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Le 11 septembre 2018,

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens :

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER

Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD

Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT

Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A mon Président de thèse, Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN,

Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect en ayant accepté la présidence de ma thèse. J'espère que mon travail achevé sera à la hauteur de vos attentes.

A mon maître et juge, Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A mon juge, Monsieur le Professeur Stéphane ZUILY,

Pour avoir répondu avec tant d'enthousiasme à ma sollicitation. Recevez ici toute ma reconnaissance pour votre gentillesse et votre professionnalisme. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

A mon juge et directeur de thèse, Docteur Michael BISCH,

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant d'être directeur de ma thèse, et je vous en suis profondément reconnaissante. Je vous remercie pour votre patience et surtout pour le soutien et les encouragements qui m'ont portée à la fin de ce long et difficile travail.

A l'ensemble du personnel soignant du CHS de Sarreguemines, pour vos précieux conseils et pour le temps que vous avez pris pour répondre à mon questionnaire.

A Madame le Docteur Matei pour votre soutien et votre professionnalisme. Vous avez su me montrer une autre face de la psychiatrie, à la fois proche des gens et rigoureuse.

A l'ensemble de l'équipe soignante de l'unité « Activ » du Centre Psychothérapique de Nancy, pour l'accueil si chaleureux au sein de votre service. Vous m'avez permis d'aborder la relation soignant-patient avec beaucoup d'empathie et d'équilibre.

Au Docteur François Bourgognon, pour votre professionnalisme et votre rigueur à toute épreuve. Merci de m'avoir donné l'occasion de découvrir l'approche ACT pendant mon internat.

A Johanna, pour m'avoir appris ce qu'est l'amitié, pour ta patience et tes encouragements réconfortants, que ce soit pour la thèse, mais aussi pour toutes les étapes parcourues jusqu'à maintenant. Je n'ose pas oublier Nicolas, merci pour ton amitié et tes encouragements. #supertemoins

A Marie, ma fervente relectrice et amie, pour ton soutien et tes encouragements. Je te souhaite tout le bonheur du monde et beaucoup de courage pour la fin de ta thèse.

A Andreea, ma sœur préférée, pour ton amour et ton soutien malgré la distance.

A mes parents, aucune dédicace ne saurait exprimer ma reconnaissance pour tous les sacrifices que vous avez fait pour mon éducation.

A Adrian, pour ta présence indispensable ces cinq dernières années. Ton écoute et ton amour m'ont aidée à avancer dans ce travail. Tu es mon camarade préféré dans ce grand voyage de la vie.

Aux copains d'ici et d'ailleurs, pour tout leur soutien et pour les moments inoubliables que nous avons passés ensemble.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
PREMIÈRE PARTIE	16
I. INTRODUCTION	16
II. OBJECTIFS	21
III. CONTEXTE GÉNÉRAL	22
A. BURNOUT	22
B. EMPATHIE	27
SECONDE PARTIE - ARTICLE	34
I. INTRODUCTION	36
II. METHOD	38
III. RESULTS	42
IV. DISCUSSION	45
V. TABLES	49
TROISIÈME PARTIE - CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	58

LISTE DES ABREVIATIONS

- CC : Compassionate Care
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- DP : Dépersonnalisation
- EE : Epuisement Emotionnel
- FFI : Faisant Fonction d'Interne
- IDE : Infirmière diplômée d'Etat
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- JSPE: Jefferson Scale of Physician Empathy
- MBI – HSS: Maslach Burnout Inventory Human Services Survey
- MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction
- UMD : Unité pour les Malades Difficiles
- PA : Personal Accomplishment
- PC : Praticien Contractuel
- PH : Praticien Hospitalier
- PT : Perspective Taking
- SIPS: Sitting in Patient's Shoes

PREMIERE PARTIE

I. Introduction

« [...] J'avais honte. Ça fait partie du boulot du médecin d'être le réceptacle de la souffrance, de la mort, et de rester cet être altruiste qui résiste à tout. Je culpabilisais aussi parce que j'avais l'impression de ne vivre rien de grave, à côté des familles dont je m'occupais [...]. » (1).

Il s'agit du témoignage d'une jeune interne, un croquis du quotidien des soignants qui vivent leur métier avec leurs connaissances, leurs expériences et leurs états d'âme. Les situations difficiles, le manque de temps, les facteurs de vulnérabilité individuels et la surcharge de travail peuvent déclencher l'épuisement professionnel.

Le syndrome d'épuisement professionnel trouve ses racines dans l'organisation du système sanitaire. Un autre facteur qui ressort régulièrement des études est la pression ressentie de la part des patients qui augmente au fur et à mesure des années du fait de l'accès à l'information mais aussi de la judiciarisation de la médecine. On remarque également que sur le plan sociétal les soignants sont régulièrement pris à partie sur des questions éthiques. Tous ces questionnements alimentent la distance, de plus en plus grande, entre les soignants et les patients. Ce n'est pas toujours le cas, mais de plus en plus de patients sont dans le doute.

Souvent soumis au contact avec un public potentiellement hostile, le personnel se sent exposé à un risque d'agression. Cette réalité a pu être mise en évidence par une enquête nationale qui a recensé onze mille signalements, la moitié des atteintes aux personnes étant constituées par des violences physiques (2).

En France, les médias rappellent régulièrement l'existence d'une fragilité touchant les professionnels de santé. Ils sont soumis à des risques psychosociaux, définis comme des contraintes professionnelles, susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu. « Plus d'un interne sur quatre en burnout », « Les internes en médecine dépriment de plus en plus » (3), « Un médecin épuisé met sa santé et ses patients en danger » (4).

Cette atteinte psychique peut entraîner une maladie mentale et/ou physique en plus d'avoir des conséquences professionnelles et sociales. L'exposition à ces situations de travail peut être responsable de l'apparition de troubles anxiodépressifs, d'épuisement professionnel ou burnout (5). Les chercheurs rapportent que les professionnels les plus touchés par le suicide sont ceux du domaine de la « santé et de l'action sociale » avec une incidence chiffrée à 34,3 pour 100 000, contre 3,34 pour 100 000 dans la population générale française masculine du même âge (6). Plusieurs études, réalisées notamment par l'Ordre des Médecins, suggèrent que près de 8 % des décès des médecins en activité seraient dus à un suicide, soit deux fois plus que pour la population générale (7). A l'initiative de l'ISNI (Intersyndicale Nationale des Internes), les structures représentatives des jeunes et futurs médecins ont réalisé une enquête nationale auprès des jeunes professionnels de santé. Ce travail a mis en évidence des chiffres inquiétants : parmi les 21 768 participants, 66,2% rapportent une anxiété, 27, 7% des signes en faveur d'un syndrome dépressif caractérisé, et 23,7% des idées suicidaires (8). La Haute Autorité de Santé souligne que la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail représente le deuxième groupe de maladies professionnelles décrit dans la population active française (8).

La négligence concernant leur propre état de santé de la part des professionnels du soin est un obstacle majeur à la mise en place des mesures de prévention du syndrome de burnout (9).

Au-delà de souligner l'ampleur d'un « nouveau mal du siècle », il s'agit maintenant d'en décrire les mécanismes et de proposer des interventions précoces dirigées vers les soignants. Le management et la prévention des risques psychosociaux peuvent être des pistes, pour l'instant sous-estimées dans cette profession, mais aussi l'aménagement du temps d'échanges entre pairs pour protéger contre les risques de dépression et de burnout (3). Des techniques de pleine conscience, des thérapies cognitivo-comportementales, ou l'apprentissage de méthodes permettant d'améliorer la communication interpersonnelle peuvent également être proposées.

La relation médecin-patient semble avoir un rôle essentiel dans la prévention de l'épuisement professionnel, comme le suggèrent les travaux de D. Truchot (5). Dans une quête d'humanisation de la relation thérapeutique, de nombreux scientifiques se sont intéressés à l'élément clé de cette relation, à savoir l'empathie.

Carl Rogers, psychopédagogue américain, est l'un des pères fondateurs de la psychologie humaniste. Il introduit la notion de neutralité bienveillante, qu'il considère comme la véritable empathie. L'empathie est selon lui la qualité première d'un thérapeute : « *Entrer dans le monde personnel et intérieur de l'autre tel qu'il le perçoit, et s'y trouver comme chez soi* » (10). De cette définition dérive le concept de compréhension empathique, qui facilite la communication affective avec une autre personne, et qui représente donc la capacité de percevoir objectivement un phénomène, une personne ou une chose.

Il semble qu'une relation d'inverse proportionnalité existe entre burnout et niveau d'empathie (10). Dès 2002, les chercheurs repèrent dans une étude de cohorte chez des internes en médecine de l'Université de Pennsylvanie, qu'une altération de l'humeur avec dépression et agressivité est associée à une diminution du score d'empathie (9). Simultanément, Shanafelt démontre un risque de diminution de la qualité de soins en cas d'épuisement professionnel dans une étude transversale portant sur 115 étudiants en médecine (11).

En 2007, une revue de littérature conclue à un déclin de l'humanité et de l'empathie durant les études médicales, en partie à cause d'un stress professionnel intense. Ce résultat est retrouvé également chez les médecins (12).

L'équipe de recherche de M. Hojat examine l'empathie chez 456 étudiants en médecine de 3ème année du Jefferson Medical College, à l'aide de l'échelle JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy). Plus les étudiants avancent dans leur cursus médical plus l'importance de la relation médecin-patient est présente, et plus les scores d'empathie diminuent (13).

L'empathie est une qualité reconnue comme indispensable à tout soignant. Elle permet de répondre aux attentes de ce dernier : « *laisser de côté son propre moi, ses propres opinions, ses propres valeurs, afin de pénétrer sans préjugés dans le monde de l'autre* », « *saisir les sentiments et réactions personnelles éprouvées par l'autre à chaque instant, sans toutefois le juger, ni l'évaluer* » (14). Mais il est également nécessaire de préserver une distance minimale, sans laquelle l'épuisement émotionnel risquerait de s'installer. Ce constat nous amène à nous interroger sur l'existence d'un lien de causalité entre empathie et épuisement professionnel.

Les premières études concernant l'empathie, ainsi que celles sur le burnout dans la population médicale remontent à une vingtaine d'années. Cependant les études recherchant un lien entre ces deux dimensions sont rares. Peu d'études ont démontré l'existence d'une corrélation entre l'empathie et l'épuisement professionnel chez les soignants en psychiatrie, et ce uniquement dans la littérature anglo-saxonne. Il est pourtant bénéfique d'identifier les facteurs qui entraînent la compréhension empathique chez les professionnels de santé. Bien qu'étant un élément clé pour prodiguer des soins de qualité, l'empathie crée une vulnérabilité au stress responsable à l'extrême du syndrome de fatigue de compassion et de l'épuisement émotionnel (15). En sachant que l'épuisement émotionnel est une des dimensions du syndrome de burnout il est peu surprenant que les liens entre l'empathie et le burnout puissent représenter des sujets de recherche (16). Toutefois les résultats restent contradictoires avec une association à la fois négative et positive entre les deux concepts (17).

En 2012, une équipe de chercheurs français propose trois postulats pour étudier le lien entre burnout et empathie : (1) le burnout est néfaste pour l'empathie ; (2) l'empathie engendre le burnout ; (3) l'empathie protège du burnout (18). Il est important de retenir que l'épuisement professionnel est un syndrome de stress occupationnel tandis que l'empathie peut être considérée comme une qualité humaine (19). Dans ce contexte on peut réduire les trois hypothèses à deux postulats : (1) soit il existe une association négative entre les deux dimensions (quand une dimension augmente, l'autre diminue), (2) soit il existe une association positive entre le burnout et l'empathie (les deux augmentent de manière conjointe).

La plupart des études sur ce lien empathie-burnout sont réalisées chez les étudiants en médecine et chez les médecins généralistes, mais aucune n'a été conduite, à notre connaissance chez le personnel soignant des services de santé mentale.

Les études épidémiologiques ont mis en évidence des niveaux alarmants d'épuisement professionnel parmi les soignants en santé mentale. Entre 21 et 67% des soignants sont atteints par le syndrome de burnout (19). L'épuisement professionnel a été corrélé aux attitudes négatives (cynisme, rejet) envers les patients et par conséquent à un risque accru de chronicisation des maladies mentales sévères (19). En outre, certaines études ont démontré un lien de causalité entre épuisement professionnel, absentéisme, et diminution de la qualité des soins prodigués notamment avec le non-respect des protocoles thérapeutiques (20).

En France, le système de soins en psychiatrie se caractérise par la diversité des organisations (libéral, hospitalier, médico-social), des financements (tarification à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier), des structures (Centre Médico-Psychologique, hospitalisation complète, hôpitaux de jours, appartements thérapeutiques etc.), des modalités de soins (ambulatoire, temps partiel, temps complet, réseaux de soins et partenariats professionnels et associatifs etc.). La prise en charge s'articule avec la médecine générale et d'autres secteurs qu'ils soient professionnels ou associatifs (social, éducation, justice, familles).

Même s'il est difficile d'objectiver les besoins de soins en psychiatrie, on constate que le recours auprès de l'ensemble du système de santé s'accroît. L'augmentation du nombre de personnes suivies par les secteurs de psychiatrie aurait été chiffrée à 56 % en dix ans et à 19,4% concernant les consultations par les psychiatres de ville (21). Le taux de vacance des postes de psychiatres hospitaliers reste un des plus élevés par rapport aux autres disciplines médicales (au 1^{er} janvier 2018, le taux de vacance statutaire des PH à temps plein atteint 27,4 %) (22). Il existe ainsi un déséquilibre marqué entre l'offre et la demande de soins en secteur public de psychiatrie. Ce constat entraîne une souffrance importante chez les psychiatres, d'autant plus qu'il est associé à une faible reconnaissance du travail accompli ainsi qu'un fardeau des contraintes administratives. Les psychiatres déclarent en effet vivre fréquemment des situations angoissantes au cours de leur exercice professionnel selon une étude inédite réalisée lors du Congrès Français de Psychiatrie, en janvier 2018. La majorité d'entre eux (80 %) perçoivent leur contexte professionnel comme extrêmement stressant. Plus que leurs pairs, ils se sentent débordés par l'explosion des demandes sociétales à l'égard de leur discipline, et par l'évolution des recommandations.

Le malaise concerne tous les âges : 7 % des psychiatres vulnérables sont internes, 25 % travaillent depuis 5 ans, et 35 % ont plus de 20 ans d'exercice. Les jeunes femmes, qui investissent fortement leur travail à l'hôpital, sont surreprésentées dans l'épuisement personnel. Le burnout est plus prononcé chez les praticiens hospitaliers et les chefs de cliniques, mais il n'épargne pas les chefs de service et PU-PH, qui représentent 30 % des psychiatres en souffrance. Des heures de travail élevées et le fait d'assurer plus de cinq gardes par mois semblent avoir un effet négatif.

Tous ces éléments nous ont permis d'élaborer le contexte dans lequel s'effectue notre recherche, à savoir le manque de données concernant le lien entre empathie et burnout chez le personnel soignant des services de santé mentale en France.

II. OBJECTIFS

Les études psychométriques se sont avérées essentielles pour l'évaluation et l'amélioration de l'état psychologique des professionnels de santé. Malgré l'existence indiscutable d'une dimension humaniste dans la pratique professionnelle en établissement de santé, les soignants perçoivent majoritairement une dégradation de leur emploi et de leur identité professionnelle (23).

Les différentes réformes et la montée en puissance des logiques économiques tendent à modifier les représentations et les repères des soignants, qui sont parfois désorientés dans leur pratique, alors même qu'il leur est primordial de donner du sens à leurs actions : pas de « bien-être » sans « bien faire ». L'impossibilité de répondre aux exigences de plus en plus élevées des patients entraîne une dissonance, elle-même responsable d'une augmentation alarmante du taux d'absentéisme qui dépasse celui de toutes les autres professions (24).

La particularité des soins en santé mentale ainsi que la rareté des études dans le domaine nous amènent à interroger le lien entre empathie et épuisement professionnel. Qu'en est-il chez les soignants des services de santé mentale en France ? Certains auteurs ont montré que le burnout entraînait une diminution de la qualité des soins prodigués, un non-respect des protocoles de soins et, par conséquent, un risque accru de chronicisation des maladies mentales (20). Qu'en est-il de leur compréhension empathique ?

Dans une première partie du projet, il semble indispensable de rappeler la définition de l'empathie. Par la suite, nous reconsidérerons le burnout, ses facteurs de risque, ses enjeux, sa prise en charge et l'importance qu'il prend chez les professionnels de santé. Enfin, nous exposerons l'élaboration et les résultats de notre étude transversale réalisée grâce au partenariat entre le Centre Psychothérapique de Nancy et trois centres hospitaliers spécialisés de périphérie de la région Lorraine. Ce travail de recherche nous a permis d'établir les caractéristiques du lien entre burnout et empathie dans un échantillon de soignants appartenant à différentes catégories professionnelles des secteurs de santé mentale.

L'objectif principal était d'obtenir une interprétation de ces paramètres et de leurs associations, puis de mettre en évidence d'éventuelles relations causales.

III. CONTEXTE GENERAL

A. BURNOUT

1. Conceptualisation

Le terme de « burnout » est apparu en 1960 aux Etats Unis en dehors de tout contexte scientifique, pour décrire une fatigue extrême associée à une perte de l'intérêt pour le travail.

Dans les années 70 l'utilisation du concept est devenu récurrente dans l'environnement scientifique américain grâce à Freudenberger (1975), psychanalyste new-yorkais, qui décrit l'épuisement au travail de professionnels et de bénévoles œuvrant au sein de cliniques gratuites de l'East Village pour venir en aide à des personnes défavorisées. Le syndrome est caractérisé par le fait de « ne pas y arriver, de s'user, d'être épuisé par une exigence excessive en énergie, en force ou en ressources » (25). A partir de cette publication, il soumet l'hypothèse que le syndrome de burnout est entraîné par le déséquilibre entre le désir d'aider d'une part, et la satisfaction que la personne aidante en retire d'une autre part. Cette hypothèse n'ancre cependant pas le terme dans le monde scientifique, notamment en raison des difficultés inhérentes au bénévolat mais également à la patientèle étudiée, en grande difficulté sociale et donc pour laquelle les améliorations sont difficiles à obtenir et à maintenir dans le temps.

Le récit autobiographique de Freudenberger est ensuite repris par l'équipe de chercheurs de Christina Maslach, qui améliore la définition du terme en utilisant l'échelle « Maslach Burnout Inventory » (26). A partir d'une analyse factorielle des items du questionnaire, trois dimensions sont décrites : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement de soi.

Plusieurs outils de mesure ont été proposés, néanmoins très peu d'entre eux ont fait l'objet d'une validation scientifique. Le modèle développé par Christina Maslach, le Maslach Burnout Inventory (MBI), est encore de très loin le plus utilisé, couvrant aujourd'hui environ 90 % de la littérature dans ce domaine.

2. Définition

Le syndrome décrit par le modèle MBI inclut trois dimensions : la première et la plus centrale est l'épuisement émotionnel, psychique mais aussi physique. D'après Maslach, le syndrome d'épuisement professionnel ne peut se résumer à cette seule dimension, qui, si elle est nécessaire n'est cependant pas suffisante à la définition du syndrome de burnout. La seconde dimension est la dépersonnalisation (ou cynisme), se traduisant par un retrait et une indifférence vis-à-vis du travail. Il s'agit d'une réaction très rapidement mise en œuvre par le sujet face à la survenue de l'épuisement émotionnel. La troisième dimension est la perte de l'accomplissement personnel, se traduisant par une inefficacité au travail et une auto dévalorisation (27). D'après C. Maslach, l'organisation du travail prend une place capitale dans l'installation du syndrome de burnout. Il existerait alors un décalage entre le vécu de la personne et au moins l'une des six dimensions du travail : charge, reconnaissance, soutien de la communauté, sentiment d'équité ou de justice, respect des valeurs et du sens (26).

3. L'approche diagnostique et la reconnaissance en tant que maladie

L'existence de l'épuisement professionnel en tant qu'entité clinique à part entière fait encore débat au sein de la communauté scientifique. Ainsi, il ne fait actuellement pas partie des diagnostics dans les classifications de référence, que ce soit dans la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) où il figure en tant que facteur influençant l'état de santé, ou dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), établi par l'Association américaine de psychiatrie. Son existence demeure controversée auprès de certains professionnels cliniciens de la santé mentale (28).

De nombreux courants ont remis en question la définition du syndrome d'épuisement professionnel ainsi que la pertinence de ses trois dimensions, car même si l'épuisement émotionnel pourrait appartenir spécifiquement au burnout, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel pourraient n'en découler que secondairement et de ce fait ne pas être nécessaire à sa définition.

La reconnaissance en tant que maladie professionnelle est délicate car plusieurs auteurs ont soutenu l'hypothèse d'une origine plurifactorielle au syndrome de burnout, qui ne se résumerait pas au domaine du travail. Une des difficultés est de faire la différence entre les symptômes qui sont présents chez la plupart des individus, parfois plus accentués quand ils vivent des situations difficiles, et les maladies qui nécessitent une prise en charge médicale et constituent un lourd fardeau économique.

Le diagnostic de burnout n'est actuellement pas suffisamment bien défini. Ses critères sont flous et il existe déjà des recouvrements avec d'autres diagnostics psychiatriques comme le syndrome dépressif caractérisé et le trouble d'adaptation. Il ne semble a priori pas judicieux d'ajouter une entité diagnostique supplémentaire (29).

En conséquence il est impératif d'établir des critères diagnostiques plus rigoureux avant de proposer le syndrome de burnout comme maladie professionnelle et d'alourdir la charge financière auprès des systèmes de sécurité sociale. La situation en Suède pourrait illustrer les conséquences néfastes d'une décision prématurée. Le burnout est devenu en 1997 un véritable diagnostic donnant lieu à une prise en charge médicale. Depuis, l'épuisement professionnel est devenu l'un des cinq diagnostics les plus fréquents, et il est aujourd'hui qualifié de « maladie nationale » avec un coût très élevé à cause des arrêts de travail de longue durée qui s'y associent. (29).

Dans un environnement scientifique où les études concernant le burnout et les instruments standardisés acceptés internationalement manquent, et où les mesures de prévention et de soins sont rares, la reconnaissance de l'épuisement professionnel comme maladie représenterait une bombe à retardement comme cela s'est produit en Suède et Hollande.

L'absence d'expertise sur l'étiologie de ce phénomène, y compris sur ses mécanismes neurobiologiques, et le manque d'études concernant l'efficacité des traitements, font que le terme de burnout ne saurait actuellement être utilisé comme diagnostic médical ou comme une base pour prendre des décisions sur l'incapacité au travail (29).

4. Facteurs de risque de burnout

De nombreux facteurs peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel. Parmi les plus importants cités dans la littérature, on note les facteurs liés à la personnalité du soignant, les éléments sociodémographiques et les exigences liées à l'environnement professionnel. Par exemple, les personnes atteintes d'un trouble de personnalité narcissiques et obsessionnelles-compulsives éprouvent un sentiment de culpabilité. Elles rencontrent ainsi des difficultés à définir leurs limites, ce qui peut vite devenir préjudiciable. De même, un sujet atteint d'un trouble de la personnalité dépendante, en quête de réussite sociale ou de pouvoir personnel, sera sujet à l'anxiété qui elle-même mène à l'inefficacité. L'existence d'un lien possible entre alexithymie et burnout a été évoquée.

L'incidence du genre sur le burnout reste controversée car les résultats des études sont contradictoires. Selon les dernières recherches les femmes rapportent plus souvent un syndrome d'épuisement professionnel. L'environnement social et familial est aussi un élément important, tout comme le manque de support social ou l'existence de conflits, d'ordre conjugal ou familial, lesquels favoriseraient le burnout.

L'organisation au travail est également un élément important, notamment le poids des tâches administratives. Les difficultés financières, le manque de clarté dans les tâches à accomplir, ainsi que la privation de sommeil engendrée par le rythme des gardes sont considérées comme des sources d'épuisement professionnel dans une étude récente réalisée chez les internes (29).

5. Etat des lieux parmi le personnel soignant

Un sondage effectué parmi les utilisateurs du site Medscape, publié en 2018 et réalisé sur un échantillon de 15,543 professionnels de santé de vingt-neuf spécialités, rapportait un taux de 42% d'épuisement professionnel. Parmi les spécialités les plus touchées on notait la neurologie et thérapie intensive (48%), la médecine générale (47%), la médecine d'urgence et la radiologie (45%). Les pourcentages les plus faibles d'épuisement ont été observés parmi les spécialités qui sont moins exposées aux interventions d'urgence et au service de garde :

chirurgie plastique (23%), dermatologie (32%) et ophtalmologie (33%) (30). Les résultats de cette enquête sont similaires aux études réalisées ces dernières années, notamment la publication de T. D. Shanafelt qui met en évidence un pourcentage de 45,8 % de médecins en burnout, c'est-à-dire avec au moins une des trois dimensions de la MBI (31).

En Europe, parmi les spécialités les plus affectées par le burnout, on compte notamment la médecine générale : une étude datant de 2008 rapporte que 43% des médecins généralistes ont un score d'épuisement émotionnel élevé, 35% un score de dépersonnalisation élevé, et 32 % un score d'accomplissement personnel faible. 12% des médecins généralistes ont les trois dimensions du burnout élevées (31).

En France, les troubles psychiques s'aggravent parallèlement à la progression dans le cursus médical. Dès la première année, 70% des étudiants déclarent avoir une symptomatologie dépressive et 3,2 % reconnaissent des pensées suicidaires. Les chiffres sont significativement plus élevés en PACES que pour les années qui suivent, 54% et 1,7% respectivement. Seul un pourcentage de 20 % des étudiants en première année se déclare en bonne santé (contre 32% dans les deux années qui suivent) (32). En 2016, une enquête qui se proposait d'analyser le statut psychologique des professionnels de santé a révélé des statistiques inquiétantes. Parmi les 8000 étudiants et jeunes médecins interrogés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, en collaboration avec les associations des internes, 14% ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires. A titre de comparaison, de 3,7 à 4% des femmes et 2,6% à 3,7% des hommes âgés de 20 à 34 ans font la même réponse dans la population générale (32).

Les services de santé mentale rapportent une prévalence de 36% de l'épuisement professionnel parmi les psychiatres aux Etats-Unis selon les dernières enquêtes Medscape (30). Une étude similaire, réalisée en Italie, met en évidence des signes d'épuisement émotionnel chez deux tiers des participants, ainsi qu'un sentiment de dépersonnalisation et du cynisme chez un quart d'entre eux. Un soignant sur cinq déclare un syndrome d'épuisement professionnel sévère. Les résultats sont similaires à ceux obtenus en Angleterre (33).

B. EMPATHIE

1. Conceptualisation

L'introduction du concept d'empathie en psychologie répond à une exigence : concevoir rationnellement le processus de connaissance d'autrui, l'accès à sa vie mentale qui est *imperceptible* en tant que telle (34).

L'empathie est considérée comme un élément clé de la coexistence harmonieuse entre individus, lorsqu'elle motive leurs comportements prosociaux. La sympathie fournit une base affective nécessaire au développement moral chez l'enfant. Empathie et sympathie recouvrent donc des états affectifs et motivationnels distincts. Elles mettent en jeu des circuits neuronaux en partie indépendants qui présentent, en outre, des trajectoires neurodéveloppementales spécifiques (35). Ces deux concepts paraissent similaires mais il est important de ne pas les confondre. En effet, on peut éprouver de la sympathie sans ressentir d'empathie. De même, l'empathie n'engendre pas systématiquement de sympathie, ni de comportements altruistes associés à la promotion du bien-être d'autrui (36).

2. Sympathie et contagion émotionnelle – lignes de partage

« Le chagrin et la joie, par exemple, fortement exprimés dans le regard et les gestes de n'importe quelle personne, affectent subitement le spectateur d'un certain degré d'émotion douloureuse ou agréable du même genre »

Théorie des sentiments moraux, Adam Smith

Dans le *Traité des sentiments moraux* de Smith (1759), on constate que la sympathie y apparaît davantage comme le processus par lequel nous pouvons nous figurer les « jugements » des *autres* que celui par lequel nous partageons leurs émotions. Ainsi, le registre de la sympathie inclurait le cognitif (les jugements), l'affectif (les émotions) mais aussi le conatif (les désirs, les intentions) (37).

La sympathie se caractérise principalement par le souci d'alléger les souffrances d'autrui. Dès lors, il n'est pas nécessaire que l'émotion sympathique soit le reflet exact de l'émotion de la personne cible. La distinction soi-autrui est préservée et comme l'étymologie le suggère (« syn » « pathos », traduit par « souffrir ensemble ») nous prenons part à l'expérience affective d'autrui et nous partageons sa souffrance.

3. Contagion émotionnelle

La contagion émotionnelle repose sur une indifférenciation entre le soi individuel et le soi collectif. Elle désigne un phénomène de propagation de l'émotion d'un individu à l'autre comme observé dans la psychologie des foules, ainsi que chez les bébés qui répondent aux pleurs d'un autre nourrisson en commençant à pleurer eux-mêmes. Au fur et à mesure de son développement, l'enfant construit une capacité à différencier le soi et les autres. Cela le fait passer de la contagion émotionnelle, « noyau mécanique de l'empathie », à une attitude « sympathique » pour laquelle la similitude des deux émotions n'est pas requise, et qui se manifeste donc, au mieux, par une congruence émotionnelle (38).

On considère que la contagion émotionnelle relève d'un fonctionnement élémentaire, automatique, déjà affirmé chez l'animal. Elle est, en conséquence, peu susceptible de générer un développement des capacités empathiques au cours de l'ontogenèse, là où la composante cognitive est la plus en mesure de s'affirmer. Réduire l'empathie à la contagion, c'est donc s'interdire tout à la fois la prise en compte des dimensions développementale et cognitive (37).

La contagion émotionnelle peut être considérée comme la composante automatique des processus empathiques. Il ne s'agit donc pas de nier la présence de processus « mécaniques » au sein de l'empathie, mais seulement de pointer qu'elle ne se limite pas à cela et qu'elle correspond à des niveaux d'organisation où le sujet, sa structure mais aussi son libre arbitre entrent en ligne de compte.

4. De la contagion émotionnelle aux neurones miroir

Le noyau mécanique de l'empathie a été évoqué pour la première fois dans la littérature scientifique en 1903 par Lipps, qui explique la contagion des émotions par le mimétisme moteur. Celui-ci représente une imitation posturale et faciale automatique qui, en fournissant une information de nature kinesthésique, devait permettre la reproduction et ainsi la compréhension des états émotionnels de la personne observée (37). Son postulat anticipe les recherches neurophysiologiques qui ont confirmé par la suite l'existence des automatismes moteurs et mentaux dans les processus des interactions sociales.

L'équipe de Giacomo Rizzolatti identifie ensuite les « neurones miroirs », neurones corticaux frontaux prémoteurs activés de manière identique lorsque le singe se prépare à exécuter lui-même un certain acte moteur et lorsqu'il voit seulement ce même acte exécuté par un autre (39).

On sait maintenant que des systèmes « miroirs » neurocognitifs spécifiques sont mis en jeu dans la relation interindividuelle. Ils assurent l'activation commune chez soi et autrui de systèmes spécialisés dans la perception, la représentation et la production de l'action, de l'intention et de l'émotion.

Il semble établi que ces systèmes miroirs, déclenchés par autrui comme par soi, existent chez l'Homme (40). Les neurones miroirs ont un rôle central dans les cognitions sociales, car ils pourraient permettre la compréhension intentionnelle de l'action perçue et la connaissance de l'intention de l'agent de cette action, ceci grâce à un processus de résonance motrice et intentionnelle (34).

5. Approche théorique de l'empathie

« L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. [...] En somme l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui. »

Wispé, 1986

Utilisé à l'origine par Vischner, pour caractériser une forme d'expérience esthétique dans laquelle le sujet se projette en imagination dans une forme d'art, le concept d'empathie a été développé par Theodore Lipps qui en étend par la suite l'usage au domaine des relations interpersonnelles (41).

Le psychologue anglo-saxon Titchener (1909) désigne par « *empathy* » l'amalgame d'imageries visuelles et kinesthésiques par lequel certaines expériences perceptives sont rendues possibles. Il attribue à l'empathie une fonction perceptive mais également sociale. C'est par Titchener que la problématique de l'empathie est introduite dans la psychologie américaine.

L'empathie désigne aujourd'hui la capacité de se mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve.

Carl Rogers, psychopédagogue américain et l'un des pères fondateurs de la psychologie humaniste, introduit la notion de neutralité bienveillante, qu'il considère comme la véritable empathie. L'empathie est selon lui la qualité première d'un thérapeute : « *Entrer dans le monde personnel et intérieur de l'autre tel qu'il le perçoit, et s'y trouver comme chez soi* » (10). De cette définition dérive le concept de compréhension empathique qui facilite la communication affective avec une autre personne, et qui constitue donc la capacité de percevoir objectivement un phénomène, une personne, ou même une chose.

L'empathie permet aux professionnels de santé de participer de manière intime à l'expérience affective de leur patient tout en préservant leur autonomie émotionnelle. Pour Mucchielli la compréhension empathique représente un exercice actif de décentration de soi qui permet d'accéder à l'univers de l'autre et de le comprendre humainement (42).

La définition de l'empathie, proposé par Carl Rogers explore la dichotomie entre l'affect et la cognition. Par la suite trois théories ont été soumises à l'analyse : la première est basée sur l'aspect cognitif, une deuxième basée sur l'aspect affectif et la troisième réunit les deux aspects.

Le monde médical retient l'aspect cognitif, contestant l'aspect affectif qui est jugé comme délétère dans la relation thérapeutique, car il pourrait générer une sur-identification du soignant par rapport à son patient. Les chercheurs ont néanmoins souligné que la composante affective de l'empathie serait essentielle au bon usage de la dimension cognitive (43).

6. Eveil empathique

Les experts qui ont étudié le développement psychomoteur de l'enfant ont soumis l'hypothèse que l'empathie affective serait innée, alors que la composante cognitive peut être développée (11). Chez le nouveau-né, l'éveil empathique a été étudié et commence très tôt, ce qui suggère que les enfants naissent équipés d'un mécanisme et d'une motivation leur permettant d'interagir avec les autres individus : identification avec l'autre, partage d'affects et discrimination soi-autrui (44).

Les enfants dont le développement psychomoteur se déroule normalement sont capables vers l'âge de 4 - 5 ans de se représenter les émotions d'autrui en mobilisant leur capacité de se percevoir comme distinct de l'autre (35).

7. Rôle de la formation professionnelle dans l'évolution de l'empathie

La littérature soulève un important problème, à savoir le déclin de l'empathie pendant le cursus médical (45),(46),(47). La plupart des études qui se sont penchées sur la question ont été effectuées aux Etats-Unis. Toutes montrent une stagnation ou une baisse de l'empathie durant les études médicales.

L'équipe de recherche de M. Hojat examine l'empathie dans une étude de cohorte chez 456 étudiants en médecine à l'aide de l'échelle JSPE. Plus les étudiants avancent dans le cursus médical, plus l'importance de la relation médecin-patient est présente, et plus les scores d'empathie diminuent (13). Les soignants épuisés se désengagent de la relation, adoptant des attitudes moins coûteuses en énergie et en temps, et démontrant ainsi que le retrait psychologique est lié au burnout (5). Les étudiants ayant un score d'empathie initialement élevé semblent moins à risque de perdre leur empathie par rapport à ceux ayant un score initialement faible. L'environnement dans lequel évoluent les étudiants est finalement très subjectif, et beaucoup d'enseignants ne montrent pas forcément le bon exemple, influençant à leur tour l'attitude des étudiants. Les chercheurs soulignent également le manque de temps, un enseignement trop chargé et la fatigue excessive comme étant des facteurs de risque.

D'un point de vue neurophysiologique, la crainte, le stress et la pression diminueraient l'activité entre les neurones miroirs responsables de l'empathie, réduisant ainsi leur signal.

8. Les techniques d'enseignement et leurs rôles dans le développement de l'empathie

L'enseignement spécifique de la relation soignant-patient fait partie intégrante du cursus des études médicales en France depuis 2004. Malgré un enseignement théorique, l'utilisation de la communication empathique en consultation fait défaut. Les études ont démontré que l'apprentissage de l'empathie est peu accessible à l'expérience acquise sur le terrain. Il s'agit plutôt d'utiliser des outils spécifiques pour apprendre l'empathie aux étudiants. Plusieurs programmes ont été mis en place dans les universités françaises afin de développer l'empathie : les groupes Balint, groupes de parole, jeux de rôle, les groupes

d'échange et d'analyse des pratiques. Malheureusement, ces formations sont souvent facultatives et ponctuelles.

Aux Etats-Unis des programmes ambitieux ont été mis en place dans le but d'accroître l'empathie chez les étudiants, avec des résultats prometteurs, selon les résultats publiés dans une méta-analyse. On retrouve en effet une augmentation de l'empathie et maintien des résultats à 12 mois après l'intervention initiale (48).

Parmi les techniques utilisées pour augmenter la compréhension empathique on retrouve également l'expérience personnelle (des étudiants qui ont expérimenté une hospitalisation dans une unité de soins), la narration ou encore des techniques comportementalistes permettant d'améliorer les capacités de communication (enregistrement audio et vidéo).

SECONDE PARTIE – ARTICLE

Empathy and Burnout – A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France

Livia STURZU (1), Adrian LALA (2), Michael BISCH (3),
Marie GUITTER (1), Daniela DOBRE (3), Raymund SCHWAN (4)

Author information:

1. Psychiatry Intern, Lorraine University, Department of Psychiatry, Vandoeuvre-Les-Nancy, France
2. M.D., Emergency Medicine Unit, “Robert PAX” Hospital, Sarreguemines, France
3. M.D. “Centre Psychothérapeutique de Nancy”, Laxou, France
4. M.D., PHD, PU-PH, “Centre Psychothérapeutique de Nancy”, Laxou, France

Corresponding author:

Livia STURZU, Centre Hospitalier Spécialisé, 2ème Service de Psychiatrie Adulte, 1 Rue CALMETTE, 57200 SARREGUEMINES. E-Mail: livia.sturzu@chs-sarreguemines.fr

Abstract

Previous research has established a correlation between empathy and burnout among healthcare providers. Therefore, the aim of this study was to explore whether empathy, that is, the ability to understand what another person is experiencing, was linked to mental care staffs' burnout.

Method: We have conducted a descriptive, cross-sectional, observational study among medical and nursing mental health care staff working in the district of Moselle, France. Participants completed a survey including sociodemographic and professional context data, The French version of the Jefferson Scale of Empathy (JSPE) and French version of the The Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS).

Results: The sample included 241 (n=241) mental healthcare providers (N=420, response rate = 51,7%). 130 (53,9%) respondents had low burnout, 43 (17, 8%) had intermediate burnout and 11 (4,6%) had high burnout. 41(17%) had low empathy, 156 (64,7%) had moderate empathy and 44 (18,3%) scored high on empathy scale.

Empathy scores were positively correlated with scores of personal accomplishment of the MBI - HSS ($r=0,2$; $p < 0,001$), but negatively correlated with scores of depersonalization ($r=-0,2$; $p < 0,003$). Highest means of depersonalization (DP) ($M=8,7$; $SD=6,8$; $p < 0,009$) and lowest means of compassionate care ($M=40,05$; $SD= 7,9$; $p=0,0001$) were found among forensic psychiatric security units staff.

Participation in the Omega educational program was associated with lower scores of emotional exhaustion on the MBI-HSS survey (mean score 14,7 versus a mean score of 19,7 for nonparticipants).

Conclusion: Empathic mental care providers have lower levels of burnout. Forensic psychiatric staff showed low means of compassionate care and high depersonalization, but further research is needed to strengthen this conclusion.

Interventions designed to foster attributes and skills such as empathy, resilience, and perception of security may be an important step in reducing and preventing burnout.

Keywords: empathy, burnout, psychiatric staff, forensic mental health services, compassionate care.

Introduction

Healthcare providers report a continuous degradation of their professional environment and identity.(49)

The dynamics of healthcare reforms and the pervasive economic aspects changed conceptions of healthcare providers that were always focused on finding a meaning in their job. Difficulties in adapting to novel demands lead to psychological distress which may be responsible for burnout and consequently absenteeism (24). Other organizational issues seem to arise from professional exhaustion such as tardiness, reduced job commitment, and, in some studies, poor job performance (50) (51).

Further research has shown that burnout is likely to have a contagion effect, progressively damaging the morale of employees and leading to further staff turnover.(52)

In addition, doctor-patient relationship has undergone dramatic changes in the recent years due to increasing access to information, patient centred care and social which increased the patients autonomy (53). In response to these changes, the medical community has realized the importance of both augmenting awareness of the impact of doctors' attitudes on clinical outcomes and patient satisfaction and of fostering the acquisition of necessary tools like communication skills, resilience, and empathic engagement (54) (55).

Empathy cultivates deeper interpersonal relationships. It is often confused with related concepts such as compassion fatigue and sympathy. However, long-term exposure to emotionally-demanding situations may put healthcare providers at risk for burnout that is a related, but different construct.

The term of professional exhaustion, initially described in 1959, was later renamed as « burnout » by J.H Freudemberger (56). The burnout syndrome has a multifactorial origin. It is defined as high levels of emotional exhaustion and depersonalization (negative or cynical attitudes), along with a diminished sense of personal achievement (26).

Burnout among healthcare providers would arise, from this dynamic and care-specific relationship between the Self (physician) and the other (patient) (5).

Burnout has been associated with negative consequences for mental health providers, including physical health problems (e.g., insomnia, headaches, poor overall health), relationship issues, reduced job satisfaction, and increased mental health problems (e.g., depression, anxiety, substance abuse (57).

Numerous studies have investigated the causes of burnout and proposed mechanisms to reduce this state of emotional, mental, and physical exhaustion (58). Staff burnout is widely believed to impact quality of care because of the decreased effectiveness which ultimately leads to poorer treatment outcomes (59).

Moreover, mental health services throughout Europe are currently facing severe financial paucity and consequent shortfalls in the number of sector-employed professionals. The situation is particularly pressing in European countries (21).

Measuring the quality of care is especially difficult in mental health services because of a scarcity of measurement tools and that of consistent infrastructure and strategy for assessing quality (60). In this context, workers' feelings of job disaffection and burnout can play a key role in further reducing the mental health service workforce.

Empathy has been described as the royal road to an optimal physician-patient relationship, and an essential component of overall physician competence (61). The concept is illustrated as the ability to understand the experiences and feelings of another person and to communicate this understanding to them (62). It is widely recognized as a protective factor against burnout.

In social-cognitive neurosciences, empathy is frequently defined as the capacity to feel and share the emotions of others. Therefore, empathy is described as an affective state and emotional reactions that are caused by emotional sharing. Empathy would be further associated with the subjective awareness that these emotions originate in another individual and to a *minimal* self-other distinction (35).

The current growing interest for empathy in medicine contrasts with a form of “detached concern” that has been preached in the 1960s and has long been considered as essential to the care relationship. When healthcare providers aim for an idealized version of empathy by suppressing personal emotions and yet motivating the quality of care with a “detached concern” they aim to protect themselves against burnout or more specifically compassion fatigue. Objectivity is seen as crucial for making tough diagnoses, and stoicism is believed to be necessary for providing invasive, sometimes noxious, treatment (43).

In 1906, W. Osler had already defined the neutralization of emotions as the necessary condition for physicians “to see into” their patients and access “their interior life”. According to this approach, the relationship toward patients is intellectualized and excludes any feeling-related dimension (43).

Little attention has been directed toward reducing or preventing burnout among mental health professionals. This is both surprising and ironic, given the goals of mental health organizations for improving the behavioral health of individuals. The need for burnout prevention and interventions for mental health providers has been highlighted by researchers for decades but few such programs have been implemented and evaluated.

Method

Study design

We have conducted a descriptive, cross-sectional, observational study among mental healthcare providers (psychiatrists, psychiatry trainees, mental health nurses) working in the district of Moselle, a province in the north-eastern France. The district has three psychiatric hospitals that serve a population of approximately 560000. Psychiatric hospitals are organized on a regional basis and integrated with the general hospital system. Each ward team is responsible for a geographic section of the district. One hospital included a forensic psychiatric unit. Participants were selected on a voluntary basis. Healthcare professionals were contacted using the professional email and asked to voluntarily fill out an anonymous survey between October and December 2017.

Instruments

The survey included socio-demographic and professional context data, the French version of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS).

Subjects provided basic socio-demographic and professional context data, collected using a survey-like questionnaire. The collected data included: sex, age, marital status, number of children, urban/rural divide, professional status (psychiatrist, psychiatry trainee, chief nurse, nurse) average number of weekly worked hours, personal experience with Omega training program, which is an education and training program used to teach healthcare and mental health workers the skills needed to effectively intervene in situations of aggression (63). This program is recommended for high-risk workers to prevent workplace violence. It was implemented in France in 2005. The *Omega* program is taught by peer trainers (security agents). It lasts four days, and seeks to teach participants the skills and intervention methods necessary to ensure their safety and that of their patients in situations of aggression (64).

The French version of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) was used (65). JSPE is a 20-item self-reported questionnaire assessing levels of empathy in the patient-care context. The original JSPE presents a three-factor structure: Perspective Taking (PT), Compassionate Care (CC), and Standing in the Patient's Shoes (SIPS). Participants are asked

to report their level of agreement with each item in a seven-point Likert-type scale, where 1 = “Strongly disagree” and 7 = “Strongly agree”. Ten items are positively worded, and ten items are negatively worded. Three partial scores (PT, CC and STS) and one global score may be calculated (by the sum of its corresponding items), with higher scores (ranging from 20 to 140 for the total scale) reflecting higher attitude towards empathy (62).

Burnout was measured using the French version of the 22-item Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), which has been formally validated and used in previous studies (66). The instrument comprises 22 items, which are divided into three subscales: emotional exhaustion (EE, 9 items intended to measure emotional exhaustion, possible score range 0-54), depersonalization (DP, 5 items intended to measure perceptions of impersonal, non-appreciative responses by others for providing services or help, possible score range 0-30), personal accomplishment (PA, 8 items, measuring perceptions of competence and successful academic and professional achievement, possible score range 0-48). The items are written in the form of statements about personal feelings or attitudes (e.g., ‘I feel burned out from my work,’ ‘I don't really care what happens to some recipients’). The items are answered in terms of the frequency with which the respondent experiences these feelings, on a 7-point, fully anchored scale (ranging from 0, ‘never’ to 6, ‘every day’) (27).

A high level of emotional exhaustion is defined as a score >27, and a high level of depersonalization is defined as a score >13. Low personal accomplishment is defined as a score <31 (66). High burn-out was defined as a high score on the emotional exhaustion subscale, a high score on the depersonalization subscale and a low score in personal accomplishment. Intermediate burnout was defined as high scores of emotional exhaustion and, either high scores of depersonalization or low scores of personal accomplishment. For the purpose of the current study, scores within individual burnout domains were used both as continuous variables and categorized into low, intermediate and high scores using the cutoffs suggested by Maslach et al (27).

The reliability coefficients for the MBI-HSS were based on samples that were not used in the item selections to avoid any improper inflation of the reliability estimates. Internal consistency was estimated by Cronbach's coefficient alpha. The reliability coefficients for the subscales were the calculated: 0.905 for Emotional Exhaustion, 0.705 for Depersonalization, and 0.707 for Personal Accomplishment. The results were similar to the original validation study (27).

Collection of data

Data was collected using two procedures: 203 participants completed a materialised version of the questionnaire whereas 99 completed a computerized version. Overall, 420 subjects were prompted. 61 incomplete forms were excluded from the study, accounting for 241 retained forms in the final database (n=241). Participants answered questionnaires in the following fixed order: socio-demographic and practice survey; JSPE-Fr and MBI-HSS. The collected data was anonymous.

Informed consent and data analysis privacy issues were treated in conformity with the guidelines of the national Data Protection Commission (CNIL) of France.

Research goals

The main goal of our research was to examine how patterns of empathy explained mental care staffs' burnout. We hypothesised that a higher level of burnout would affect empathy as previously shown in recent studies conducted among other healthcare professionals (65) (67) (68).

The secondary objective was to identify socio-demographic, practice factors and education and training programs that may impact clinical empathy among mental healthcare providers.

Inclusion criteria

Subject selection was made based on work-field uninterrupted experience of at least one year in a psychiatric unit. Study participants came from three psychiatric hospitals in the Moselle Department of Eastern France with similar workforce and daily patient loads statistics.

Statistical analysis

For data analysis, descriptive means of frequency, percentages, and standard deviations were calculated using IBM SPSS © version 16.0.

Results

Demographics

A total of 420 subjects were prompted from which 302 agreed to participate. Two hundred forty-one (response rate = 51,9%) were included in the present study (115 women and 126 men). The sample was composed of 161 nurses, 30 chief nurses, 30 psychiatry residents and 20 registered psychiatrists. The average age was 39.77 (SD=11,258; 22-62 years).

Table 1 summarizes the characteristics of the sample and their scores on the MBI. We have found that 42 subjects (17,4%) scored high on EE, 44 (18,3%) scored high on the DP subscale, and 105 (43,6%) had low scores of PA.

The mean weekly workload was 37,6 hours (SD=5,8; CI=95%). Highest workloads were registered for psychiatric trainees with a mean at 45,17 (SD=8,23; CI=95%). The variability of work hours for this group may be explained by the night shifts and weekend wards.

There was no significant difference in workloads stratified by inpatient or outpatient practice (mean=37,6; SD=5,8; CI=95%).

The most experienced professionals were the chief nurses with a mean of 25 years of practice (SD=11,62, CI=95%) and as expected, psychiatric trainees had the lowest professional experience.

Variables associated with burnout and clinical empathy

Mean scores and standard deviation of the JSPE were in the range found in most other studies performed among other healthcare professionals (16) (65) (67). Mean scores for emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment of the MBI-HSS scale were all in range of moderate results for those scales (27).

JSPE and MBI-HSS scores, we grouped into three categories - low, intermediate, and high. According to the overall MBI-HSS scores in our sample, 187 (77,5%) respondents had low burnout, 43 (17,8%) had moderate burnout and 11 (4,6%) had high burnout. Forty-one responders (17%) had low empathy, 156 (64, 7) had moderate empathy and 44 (18,3%) scored high on empathy scale. Table 2 summarizes empathy and burnout scores.

The MBI - HSS dimensions differ according to socio-demographic aspects (as described in Table 3). We found a positive association between depersonalization scores and weekly workload ($r=0,06$; $p=0,3$) and a negative association with age ($r=-0,2$; $p=0,0001$) and years of clinical experience ($r=-0,2$; $p=0,001$). The results remained significant in linear regression models for weekly workload and age.

Depersonalization (DP) was found to be significantly associated with the sector of practice with the highest means of depersonalization among forensic psychiatric security units' staff ($M=8,7$; $SD=6,8$; $p < 0.009$).

Also, in bivariate analysis, scores on the emotional exhaustion scale were negatively correlated by Spearman's correlation coefficient (r) with those of personal accomplishment of the MBI-HSS ($r=-0,2$; $p=0,002$). Scores of emotional exhaustion and depersonalization were positively correlated ($r=0,5$; $p=0.0001$). Finally, the lowest scores of emotional exhaustion (EE) were significantly associated with Omega training program participation ($M=14,7$; $SD=11$; $p=0,001$ compared to a $M=19,7$; $SD=11,3$; $p=0,001$ for nonparticipants).

When examining the associations between the Jefferson Scale of Physician Empathy dimensions and socio-demographic aspects, it resulted that being a woman is associated with superior levels of compassionate care ($M=45,7$; $SD=5,4$ for women vs. $M=42,01$; $SD=7,1$ for men; $p=0,001$). The other dimensions did not differ according to gender.

Also, urban divide seemed to be associated with higher scores of empathy for the three dimensions of the scale. We observed a significant difference for empathy ($p=0,0001$) according urban divide: higher empathy scores were associated with an urban setting ($M=114,6$; $SD=11,7$) then a rural one ($M=107,8$; $SD=12,3$).

Lower scores of empathy were identified among psychiatric nurses ($M=107,9$; $SD=12,5$; $p= 0,001$). We also noted diminished compassionate care in forensic psychiatric security units ($M=40, 05$; $SD= 7,9$; $p=0,0001$).

Associations between burnout and empathy among healthcare mental staff

In bivariate analysis (Table 4), scores indicative of lower burnout were associated with high PT ($r=-0,2$; $p=0,01$) and high SIPS values ($r=-0,2$; $p=0,02$). Empathy scores were significantly and positively correlated with scores of personal accomplishment of the MBI - HSS ($r=0,2$; $p < 0.001$), but inversely correlated with scores of depersonalization ($r=-0,2$; $p <0,003$). Also, scores on the personal accomplishment scale were correlated positively with those of perspective taking ($r=0,3$; $p <0.001$) and SIPS ($r=0,2$; $p=0,013$) of the JSPE scale. This association remained significant in linear regression model.

Discussion

To our knowledge, this is the first study to assess the association between low empathy and burnout in mental healthcare providers in France.

It is generally believed that mental health workers have a higher risk of burnout compared to their colleagues in other medical specialties (69). In our study, while a fifth of the participants had high empathy according to the JSPE, just 4,6 % had high burnout scores on the MBI. However, burnout rates were increased on the personal accomplishment subscale (43,6%). Methodological differences might explain the relatively small percentage of reported burnout in our sample. Different cutoffs are used for the MBI-HSS scale and many interpretations are available.

The challenging demands on mental healthcare staff can lead to stress and frustration that in turn, can fuel the exhaustion, cynicism, and inefficacy. Violent incidents with patients can be emotionally draining and difficult to manage and can lead health providers to psychologically distance themselves from their work. The occurrence of violence can also make providers feel that they lack control over their job, and thus challenge their sense of professional efficacy (70).

A positive correlation was observed between high depersonalization and workload and a negative correlation with age. Our results are consistent with the current research in burnout (71). While most efforts to prevent burnout are focused on improving individual attributes, like resilience, we feel that more resources should be directed towards reducing administrative tasks that increase workload, in favor of caregiver-patient relationship.

Results of the study supported our initial hypothesis that there is a robust association between empathy and burnout among mental healthcare providers. In bivariate statistical analysis, empathy is positively correlated with personal accomplishment, but negatively correlated with the depersonalization scale as shown in previous research (68).

The fact that scores indicative of lower burnout were associated with higher perspective taking and that scores of emotional exhaustion were negatively correlated with perspective taking is in line with previous studies that used the JSPE (67) (72). We found no significant differences between men and women for levels of burnout. In our sample women were found to have more compassionate care, as suggested in previous studies (10) (11) (67).

Empathy is typically seen as an essential component of nursing care (73). Contrary to previous findings, in our study, nursing staff had the lowest scores of empathy on the three dimensions of the JSPE. This decline in empathic behavior may be explained by a perceived lack of organizational support due to the decreased availability of resources in the recent years. We may also imply that a lack of support from supervisors and medical staff could play a key role in explaining our results.

Finally, as evidence suggests, empathy varies according to the type of emotion that is expressed by patients (74) (75). In mental healthcare, patients might be very challenging as they are often prone to show aggressive behavior which may decrease empathic responses from nursing staff.

Among the unexpected results, we found that subjects working in forensic psychiatry security units reported high depersonalization and low compassionate care. The emotional distance between staff and patients might be considered as a “necessary deficiency” in high security wards to reduce the emotional impact of violence towards healthcare providers. The low compassionate care scores might be explained by the internal functioning of these units, which require transfer to a center with reduced security level as soon as the patients are considered receptive to treatment. This may diminish staffs’ perception on completeness of their mission. We can also speculate that compassionate care, considered as “affective empathy”, is influenced by the process of arousal and thus could be harmful when dealing with aggressive patients.

Psychosocial intervention programs might be needed to enhance attributes like compassionate care and thus prevent burnout. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) seems to increase (job-related) personal accomplishment and decrease emotional exhaustion and total MBI- HSS scores (76). Stress management training should be provided in nursing and medical school, with job specific skills implemented later in specialty training.

Developing skills to effectively deal with aggression could improve coping mechanisms and resilience capacities for mental healthcare providers. For instance, we found that previous experience with Omega education and training program was strongly associated with lower levels of emotional exhaustion and total burnout score on the MBI scale. These results are consistent with previous research, which established a positive association between workplace violence and burnout (77) (78) (79). In addition, being confronted to patients' hostile behavior is associated to a lesser level of confidence in a person's own abilities to cope with patient aggression (80) , or it is well known that mental healthcare staff, given the high-risk of violence, needs to be confident when working with aggressive patients (79).

Omega education and training program was found to have a positive and significant impact on burnout, perception of security, and level of exposure to violent acts among mental care providers (63). Therefore, we suggest that this program should become a mandatory part of the training in psychiatric setting rather than optional as it is now.

Conclusion

Empathic mental healthcare providers have lower levels of burnout. Forensic psychiatric staff showed low means of compassionate care and high depersonalization.

This study highlights several perspectives for future research. There is an urgent need for targeted psychosocial interventions to improve the wellbeing and the feeling of achievement among mental healthcare providers. We suggest a potential benefit in the use of psychological interventions, such as meditation and compassion training, to cultivate positive emotions. Integrative models comprising mindfulness, acceptance and value models along with education programs as Omega should be tailored at an organizational level. Yet, to our knowledge there are no such interventional programs in mental healthcare settings in France.

Further research should be conducted in forensic psychiatric settings. Observational studies are welcomed to assess causal relationships between burnout and empathy and therefore generate the basis for implementing preventive measures.

An essential step in reducing and preventing burnout is to foster attributes and skills such as empathy, resilience, and perception of security. Improving wellbeing of healthcare providers is the cornerstone of care.

Limitations

The major limitation of our study is its cross-sectional design which cannot identify causal relationships. Also, the sample was not randomized and so we cannot rule out the possibility of participation bias. Several potentially significant variables (e.g., personal coping styles, psychotherapy training, and supervision) were not included in the survey. Moreover, our results might have been affected by a type II error (failure to detect a true difference) due to the small samples in certain categories (e.g., psychiatric trainees, chief nurses).

Finally, because self-reporting measures are used, desirability can be a factor of bias. However, participation was voluntary, and respondents were informed numerous times of the confidentiality of the study.

Acknowledgements

We are greatly indebted to the mental health staff involved in this study that filled the questionnaires. We express our gratitude for their support to Professors Stephane Zuily and Bernard Kabuth of the Lorraine University.

Conflicts of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Tables and figures

Table 1. Baseline characteristics of participants and means of MBI-HSS subscales value

<i>Variables</i>	<i>N (%)</i>	<i>Burnout (mean, SD)</i>		
		<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>PA</i>
	<i>N =241</i>			
		<i>Gender</i>		
<i>Male</i>	126 (52)	16,4 (12)	7,9 (6)*	33,9 (6,13)
<i>Female</i>	115 (48)	18,3 (11)	6,3 (5)	33,9 (6,7)
		<i>Marital status</i>		
<i>Single</i>	42 (17)	16,3 (10)	7,9 (6)	34,04 (6,2)
<i>Couple</i>	87 (36)	16,7 (12)	7,6 (5)	33,5 (6,6)
<i>Married</i>	90 (37)	18,6 (12)	6,6 (6)	34,6 (6,2)
<i>Divorced</i>	22 (9)	16,9 (12)	6,3 (6)	32,5 (6,4)
		<i>Residence</i>		
<i>Urban</i>	87 (36)	18,3 (11,9)	7,3 (5,7)	34,5 (5,9)
<i>Rural</i>	154 (64)	16,7 (11,1)	7,05 (5,7)	33,6 (6,6)
		<i>Profession</i>		
<i>Psychiatric Nurse</i>	161 (67)	16,5 (10,9)	7,01 (5,66)	34,1 (6,6)
<i>Chief nurse</i>	30 (12)	17,06 (11,4)	5,9 (5,1)	33,5 (4,5)
<i>Resident</i>	30 (12)	20,6 (13,7)	8,8 (6,2)	33,1 (7,1)
<i>Psychiatrist</i>	20 (8)	19,8 (10,5)	7,6 (5,6)	34,7 (5,7)
		<i>Sector of practice</i>		
<i>Inpatient</i>	134 (56)	17,3 (10,2)	6,7 (4,9)*	34,05 (6,7)
<i>CMP</i>	37 (15)	17,6 (11,5)	5,5 (5,06)	35,02 (5,3)
<i>UMD/ USIP</i>	70 (29)	17,1 (13,5)	8,7 (6,8)	33,2 (6,1)
		<i>Omega program</i>		
<i>Yes</i>	114 (47)	14,7 (11)*	6,3 (5,6)*	34,4 (6,1)
<i>No</i>	127 (53)	19,7 (11,3)	7,8 (5,6)	33,5 (6,6)

PT-Perspective Taking, CC-Compassionate Care, SIPS-Sitting in Patient's Shoes, JSPE-Jefferson Scale of Physician Empathy, MBI-HSS-Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, EE-Emotional Exhaustion, DP- Depersonalization, PA-Personal Accomplishment, CMP-Outpatient psychiatric clinic, UMD-Unité de Malades Difficiles (Forensic psychiatric security unit), USIP-Unité de soins intensifs psychiatriques (Psychiatric intensive care unit)

Table 2. Means, Standard Deviations of JSPE and MBI-HJSS dimensions calculated for the whole study sample.

<i>Variables</i>	Mean (SD)
<i>Empathy (JSPE total score)</i>	110, 3 (12,5)
<i>PT</i>	57,1 (7,51)
<i>CC</i>	43,8 (6,67)
<i>SIPS</i>	9,39 (2,99)
<i>Burnout (MBI-HSS)</i>	58,5 (14,5)
<i>EE</i>	17,3 (11,4)
<i>DP</i>	7,16 (5,6)
<i>PA</i>	34,05 (6,4)

PT-Perspective Taking, CC-Compassionate Care, SIPS-Sitting in Patient's Shoes, JSPE- Jefferson Scale of Physician Empathy, MBI-HSS-Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, EE- Emotional Exhaustion, DP- Depersonalization, PA-Personal Accomplishment

Table 3. Bivariate correlations between socio-demographic variables and MBI-HSS and JSPE subscales using Spearman’s “rho” correlation coefficient with 95% confidence interval.

	Mean (SD; range)	EE rho(p)	DP rho(p)	PA rho(p)	PT rho(p)	CC rho(p)	SIPS rho(p)	Total JSPE rho(p)
Age (years)	39,7 (11,2; 22-62)	0,06 (0,3)	-0,2 (0,001)	0,1 (0,1)	0,004 (0,1)	-0,04 (0,4)	0,011 (0,8)	-0,008 (0,9)
Children (no)	1 (0,87; 0-2)	0,04 (0,4)	-0,09 (0,1)	-0,01 (0,8)	-0,1 (0,1)	-0,09 (0,2)	-0,04 (0,5)	-0,1 (0,07)
Experience (years)	13,4 (11,03; 0-42)	0,1 (0,01)	-0,1 (0,03)	0,025 (0,6)	-0,05 (0,4)	-0,08 (0,2)	-0,004 (0,1)	-0,6 (0,3)
Weekly workload (hours)	37,6 (5,8; 16-64)	0,10 (0,1)	-0,06 (0,3)	0,05 (0,4)	0,04 (0,4)	0,2 (0,01)	0,2 (0,001)	0,1 (0,06)

PT-Perspective Taking, CC-Compassionate Care, SIPS-Sitting in Patient’s Shoes, JSPE- Jefferson Scale of Physician Empathy, MBI-HSS-Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, EE-Emotional Exhaustion, DP- Depersonalization, PA-Personal Accomplishment

Table 4. Bivariate correlations by Spearman’s “rho” test for MBI-HSS and JSPE subscales on a 95% confidence interval for the whole study sample.

<i>Spearman “rho (p value) 95% CI</i>	PT	CC	SIPS	JSPE total score
<i>EE</i>	0,009 (p=0,8)	0,09 (p=0,1)	-0,5 (p=0,4)	0,04 (p=0,5)
<i>DP</i>	-0,1 (p=0,074)	-0,2 (p=0,006)	-0,2 (p=0,004)	-0,2 (p=0,003)
<i>PA</i>	0,3 (p=0,001)	0,09 (p=0,2)	0,2 (p=0,013)	0,2 (p=0,001)
<i>MBI HSS Total</i>	-0,2 (p=0,01)	0,001 (p=0,9)	-0,2 (p=0,02)	-0,1 (p=0,06)

PT-Perspective Taking, CC-Compassionate Care, SIPS-Sitting in Patient’s Shoes, JSPE- Jefferson Scale of Physician Empathy, MBI-HSS-Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, EE-Emotional Exhaustion, DP- Depersonalization, PA-Personal Accomplishment

TROISIEME PARTIE - CONCLUSIONS

Ces dernières années, plusieurs articles scientifiques se sont penchés sur l'analyse d'éventuelles corrélations entre l'empathie et le syndrome d'épuisement professionnel parmi différentes catégories de professionnels de santé. Malgré l'intérêt porté à cette problématique, il n'y a pas d'étude en France qui permette d'analyser de manière spécifique les liens entre empathie et burnout chez les professionnels travaillant en santé mentale. Cette réalité est à la fois surprenante et ironique vu les spécificités de la relation soignant-patient en milieu psychiatrique. Les sentiments d'échec et de frustration devant la progression de la maladie, la violence et la peur de celle-ci ainsi qu'une culture du blâme qui s'installe progressivement, représentent les principales sources de stress pour les professionnels exerçant en santé mentale.

Les difficultés se poursuivent au niveau organisationnel : une augmentation des exigences malgré le manque de ressources, le poids de la responsabilité sans autorité, ainsi qu'un isolement de cette spécialité regroupée dans des « Centres Spécialisés », parfois à l'écart des hôpitaux généraux.

L'origine multifactorielle des facteurs de stress chez les professionnels en santé mentale impose des enquêtes observationnelles afin d'identifier les niveaux d'épuisement professionnel et ainsi proposer des mesures interventionnelles adaptées.

Notre projet de recherche a permis d'identifier des corrélations entre l'empathie et l'épuisement professionnel dans l'échantillon étudié, qui comprend 241 professionnels en santé mentale (161 infirmiers, 30 cadres de santé, 50 psychiatres).

Il existe un lien négatif fortement significatif entre la dimension dépersonnalisation du burnout et les scores de l'empathie (cf. Tableau 4). On retrouve également un lien positif significatif concernant la dimension d'accomplissement personnel et l'empathie mesurée par la JSPE. Ainsi, dans notre étude, plus les scores d'empathie sont élevés, plus le score de dépersonnalisation est faible, et plus le score d'accomplissement personnel est élevé.

On estime généralement que les professionnels travaillant en santé mentale ont un risque élevé de développer un syndrome d'épuisement professionnel comparativement à leurs collègues des autres spécialités. Malgré ce postulat, dans notre échantillon seulement 4,6% des sujets interrogés rapportent des scores élevés de burnout pour les trois dimensions de l'échelle. Toutefois, on note des faibles taux d'accomplissement personnel parmi 43,6% des soignants interrogés.

L'utilisation de la MBI-HSS, bien que validée par la communauté scientifique internationale, peut entraîner des biais d'interprétation. Cela pourrait expliquer les taux relativement faibles de burnout enregistrés dans notre échantillon par rapport aux études préexistantes. Nous évoquerons principalement ce phénomène par l'absence d'un score global d'épuisement professionnel.

Les dimensions reconnues comme nécessaires pour définir le burnout sont la dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel. La définition « d'un burnout élevé » utilisée dans cette thèse est basée sur un score de dépersonnalisation élevé, un score d'épuisement émotionnel élevé, et un faible score d'accomplissement personnel. Cette définition a déjà été employée dans la littérature et elle est conseillée par Maslach et ses collaborateurs, mais ne fait l'objet d'aucun consensus. Il est donc préférable de privilégier les résultats des trois dimensions prises séparément.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, et celles relatives à la pratique thérapeutique nous avons identifié une corrélation positive entre les scores de dépersonnalisation de l'échelle MBI-HSS et la charge de travail, ainsi qu'une corrélation négative avec l'âge des participants.

Le secteur d'exercice semble avoir un impact important sur l'épuisement professionnel, avec les scores les plus élevés de dépersonnalisation enregistrés parmi les soignants qui exercent dans les Unités pour les Malades Difficiles (UMD). La distance émotionnelle entre les soignants et patients des UMD pourrait être considérée comme un « mal nécessaire » afin de réduire l'impact émotionnel des actes de violence.

L'échelle JSPE évalue essentiellement l'attitude empathique. Pourtant, il reste difficile de mesurer l'empathie réelle avec des questionnaires auto déclaratifs. Les résultats obtenus devront être interprétés avec précautions compte tenu des biais éventuels tels que la surévaluation et la désirabilité sociale. Le score moyen d'empathie de notre échantillon est concordant par rapport aux résultats obtenus parmi les autres spécialités analysées par ailleurs (65) (67).

Il existe quelques différences entre les deux sexes. Les femmes ont un score de compréhension émotionnelle (CC) significativement plus élevé que les hommes. Ce résultat a déjà été retrouvé dans la littérature (13).

Il est intéressant de se pencher sur un résultat, peut-être un peu plus inattendu, à savoir que les scores d'empathie sont significativement plus faibles chez infirmiers travaillant en santé mentale par rapport à leurs collègues médecins. Ces résultats sont contraires aux précédentes recherches qui désignent l'empathie comme la composante essentielle des soins infirmiers.

Une des hypothèses avancées pour expliquer ces résultats serait le rôle de « tampon », les infirmiers étant les intervenants de première ligne dans la prise en charge des patients. En conséquence, ils sont plus souvent confrontés aux comportements agressifs des patients. Cette particularité des IDE travaillant en santé mentale peut être source de stress et frustration qui alimentent l'épuisement, le cynisme et l'inefficacité.

L'occurrence des agressions en milieu psychiatrique peut engendrer un sentiment de perte de contrôle au travail, une mauvaise gestion des responsabilités et ainsi remettre en question le sens d'efficacité professionnelle parmi les professionnels de santé.

Le secteur d'exercice semble avoir un impact important sur l'empathie avec les scores les plus faibles de compréhension émotionnelle (CC) enregistrés parmi les soignants qui exercent dans les Unités pour les Malades Difficiles (UMD). Ceci pourrait être expliqué par l'organisation interne des UMD, où les patients sont transférés vers leurs hôpitaux d'origine après l'amélioration de la symptomatologie, ce qui pourrait favoriser un sentiment d'inefficacité professionnelle. Comme précisé antérieurement, le profil des patients admis dans ces unités qui font preuve des comportements agressifs pourrait générer une diminution

des comportements emphatiques des soignants. On peut aussi soumettre l'hypothèse que l'empathie affective (compréhension empathique) pourrait être délétère dans la gestion des comportements agressifs.

Les programmes d'intervention psychosociale seraient sans doute nécessaires à l'amélioration d'attributs comme la compréhension empathique et ainsi prévenir le syndrome d'épuisement professionnel. Des interventions comme le MBSR (Mindfulness- based stress reduction) semblent augmenter l'accomplissement professionnel (relatif au travail) et diminuer l'épuisement émotionnel ainsi que le score total de la MBI-HSS (76). Des programmes de gestion du stress devraient être disponibles à partir du PCEM pour les étudiants en médecine et faire partie intégrante des programmes de formation initiale à l'IFSI.

Développer des compétences pour gérer efficacement les crises d'agressivité pourrait améliorer les mécanismes de coping et les capacités de résilience parmi les professionnels en santé mentale. Par exemple, les soignants ayant suivi le programme de gestion de l'agressivité en institution Omega ont enregistré des scores plus faibles d'épuisement émotionnel. Les résultats sont en concordance avec la littérature de spécialité qui a établi un lien positif entre la violence au travail et le burnout (78) (79). En outre le fait d'être confronté à l'hostilité des patients est associé à un moindre niveau de confiance des soignants en leurs capacités à faire face au comportement agressif des patients (80). Etant donné le risque important d'agressivité en santé mentale, la confiance en soi est un attribut essentiel aux soignants employés dans ce secteur.

Perspectives de recherche

Cette étude offre des perspectives de recherche dans le domaine de la santé mentale. Actuellement, il existe un besoin urgent de mise en place de mesures psychosociales afin d'améliorer le bien-être et le sentiment d'accomplissement personnel parmi les professionnels travaillant en santé mentale. Il est suggéré que les interventions ciblées comme la pleine conscience pourraient améliorer les compétences d'empathie cognitive (prise de perspective), de régulation des affects, et réduire l'empathie émotionnelle (81). Cela pourrait être un pas essentiel dans la formation des soignants, car trouver « la juste distance » est indispensable pour engager une relation saine et pour réveiller une réponse empathique sans s'épuiser.

Des modèles intégratifs de formation comprenant la pleine conscience, la thérapie d'acceptation et des programmes de gestion de la violence au travail comme le programme Omega devraient être intégrés au niveau organisationnel. Or à notre connaissance il n'y a pas de programme de ce type implémenté dans les hôpitaux psychiatriques en France, à l'exception du programme Omega qui est systématiquement proposé sans pourtant être obligatoire.

Une particularité de notre étude aura été l'originalité de notre échantillon qui inclut des professionnels de santé travaillant dans les UMD. Nous avons fait le constat d'un déficit d'empathie émotionnelle et de niveaux inquiétants de dépersonnalisation parmi cette population.

Serait-il nécessaire d'entraîner les compétences d'empathie de manière préventive ?

Comment augmenter la prise de conscience des limites dans le soin ?

Afin d'établir un lien de causalité entre épuisement professionnel et empathie, il serait nécessaire d'améliorer la méthode de mesure de ces deux entités en combinant des indices subjectifs rapportés par les participants, et comportementaux observés par les investigateurs.

Des études prospectives sont nécessaires afin de vérifier l'efficacité dans la durée des programmes interventionnels. On suggère qu'en santé mentale, les soignants des UMD représentent des populations idéales pour la conception des groupes contrôle, vu l'uniformité des protocoles de soins dans ces structures.

Des programmes mixtes MBCT, Omega, thérapie d'acceptation et d'engagement pourraient constituer le prochain pas pour générer des mesures de prévention viables du burnout, car le bien-être des soignants est la pierre angulaire d'un système de santé sain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bastien E. Nus sous leur blues. Mag H. Avr 2014;(5):15-9.
2. DGOS. La violence en milieu de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs/onvs>
3. Lavaud S. Les internes en médecine dépriment de plus en plus. Medscape. 17 déc 2015;
4. Montaron S. Un médecin épuisé met sa santé et ses patients en danger. Le progrès. 22 mars 2012;
5. Truchot D, Roncari N, Bantégnie D. Burnout , compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. /data/revues/00137006/v37i1/S0013700610000588/ [Internet]. 22 févr 2011 [cité 7 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/281903>
6. Tentatives de suicide et suicides / Données de surveillance par pathologie / Santé mentale / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Donnees-de-surveillance-par-pathologie/Tentatives-de-suicide-et-suicides>
7. Cauchard L, Courtet P. La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins? La lettre du cardiologue. :31-9.
8. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/23/2015_23_2.html
9. Devi S. Doctors in distress. Lancet Lond Engl. 5 févr 2011;377(9764):454-5.
10. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. J Gen Intern Med. févr 2007;22(2):177-83.
11. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 5 mars 2002;136(5):358-67.
12. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. BMC Med Educ. 2007;7:29.
13. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med J Assoc Am Med Coll. sept 2009;84(9):1182-91.
14. AFP-ACP - Carl Rogers [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.afpacp.fr/documentation.php>

15. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol.* nov 2002;58(11):1433-41.
16. Ferri P, Guerra E, Marcheselli L, Cunico L, Di Lorenzo R. Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Bio-Medica Atenei Parm.* 9 sept 2015;86 Suppl 2:104-15.
17. Picard J, Catu-Pinault A, Boujut E, Botella M, Jaury P, Zenasni F. Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychol Health Med.* 2016;21(3):354-61.
18. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract.* juill 2012;62(600):346-7.
19. Holmqvist R, Jeanneau M. Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res.* 7 déc 2006;145(2-3):207-13.
20. Rollins AL, Salyers MP, Tsai J, Lydick JM. Staff turnover in statewide implementation of ACT: relationship with ACT fidelity and other team characteristics. *Adm Policy Ment Health.* sept 2010;37(5):417-26.
21. de Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* mars 2007;257(2):83-91.
22. Pénurie médicale, triste record : 27,4 % des postes de praticien hospitalier temps plein vacants [Internet]. *Le Quotidien du Médecin.* [cité 17 août 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/07/11/penurie-medicale-triste-record-274-des-postes-de-praticien-hospitalier-temps-plein-vacants_859768
23. Pierru F, Mihai Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, L'hôpital en mouvement. *Changements organisationnels et conditions de travail. Trav Empl.* 1 juill 2015;(143):75-8.
24. Bami L, Damart S, Kletz F. Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Polit Manag Public.* 15 sept 2012;(Vol 29/3):541-61.
25. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract.* 1975;12(1):73-82.
26. Maslach C. *Burnout: The Cost of Caring.* ISHK; 1982. 302 p.
27. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *The Maslach Burnout Inventory Manual.* Vol. 3. 1997. 191 p.
28. *Stress au travail et santé – Situation chez les indépendants.*
29. Kovess-Masfety V, Saunderson L. Le burnout : historique, mesures et controverses. *Arch Mal Prof Environ.* 1 févr 2017;78(1):16-23.
30. *Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018* [Internet]. Medscape. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: [//www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-burnout-depression-6009235](http://www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-burnout-depression-6009235)

31. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 1 déc 2015;90(12):1600-13.
32. Lutte contre le burnout des étudiants en médecine : la prise de conscience [Internet]. *Medscape*. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/viewarticle/3604061>
33. Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella G, et al. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *Br J Psychiatry.* 1 déc 2009;195(6):537-44.
34. Georgieff N. L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse, EMPATHY TODAY : AT THE CROSSROADS OF NEUROSCIENCES, PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOANALYSIS, LA EMPATIA EN LA ENCRUCIJADA ENTRE NEUROCIENCIAS COGNITIVAS Y PSICOANALISIS. *Psychiatr Infant.* 2008;51(2):357-93.
35. Decety J. The Neurodevelopment of Empathy in Humans. *Dev Neurosci.* déc 2010;32(4):257-67.
36. Decety J. Dissecting the Neural Mechanisms Mediating Empathy. *Emot Rev.* 1 janv 2011;3(1):92-108.
37. Favre D, Joly J, Reynaud C, Salvador LL. Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions, SUMMARY. *Enfance.* 2005;57(4):363-82.
38. Kienbaum J. The development of sympathy from 5 to 7 years: increase, decline or stability? A longitudinal study. *Front Psychol* [Internet]. 20 mai 2014;5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033067/>
39. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res.* mars 1996;3(2):131-41.
40. Keysers C, Fadiga L. The mirror neuron system: new frontiers. *Soc Neurosci.* 2008;3(3-4):193-8.
41. Pacherie E. L'empathie et ses degrés. In: *L'empathie*. p. 149-81.
42. Mucchielli R. *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. 2011.
43. Halpern J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med Health Care Philos.* 1 mai 2014;17(2):301-11.
44. Woerner A. *Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes*. Paris Descartes; 2015.
45. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA.* 19 juin 2002;287(23):3143-6.
46. Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* févr 2005;80(2):164-7.
47. DiLalla LF, Hull SK, Dorsey JK, Department of Family and Community Medicine, Southern Illinois University School of Medicine, Carbondale 62901, USA. Idilalla@siu.edu. Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. *Teach Learn Med.* 2004;16(2):165-70.

48. Kramer D, Ber R, Moore M. Increasing empathy among medical students. *Med Educ.* mars 1989;23(2):168-73.
49. Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty. L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail.
50. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, et al. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PloS One.* 2016;11(3):e0149913.
51. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* août 2008;25(4):245-65.
52. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs.* août 2005;51(3):276-87.
53. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pr.* 1 avr 2009;59(561):e116-33.
54. Lundberg KL. What are internal medicine residents missing? A communication needs assessment of outpatient clinical encounters. *Patient Educ Couns.* 1 sept 2014;96(3):376-80.
55. Tei S, Becker C, Kawada R, Fujino J, Jankowski KF, Sugihara G, et al. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Transl Psychiatry.* juin 2014;4(6):e393.
56. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol [Internet].* 26 mai 2016;7. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880744/>
57. Stalker C, Harvey C, Partnerships for Children and Families Project. Professional burnout in social service organizations: a review of theory, research, and prevention. Waterloo, Canada: Social Work, Wilfrid Laurier University; 2002.
58. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci [Internet].* 14 janv 2015;8. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4294163/>
59. Priebe S, Fakhoury W, White I, Watts J, Bebbington P, Billings J, et al. Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *Br J Psychiatry.* 1 oct 2004;185(4):306-11.
60. Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA. Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* sept 2010;55(9):549-57.
61. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* sept 2012;87(9):1243-9.
62. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* sept 2002;159(9):1563-9.

63. Guay S, Goncalves J, Boyer R. Evaluation of an Education and Training Program to Prevent and Manage Patients' Violence in a Mental Health Setting: A Pretest-Posttest Intervention Study. *Healthcare*. 1 août 2016;4(3):49.
64. Robitaille MJ. Robitaille, M.J. Apprendre à gérer les crises de violence. [omega: Learning to manage violent crises]. *Object. Prév.* 2009, 32, 30–31. 2009.
65. Zenasni F, Boujut E, Vaure B du, Catu-Pinault A, Tavani JL, Rigal L, et al. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners. *Int J Pers Centered Med*. 6 déc 2012;2(4):759-66.
66. Dion, Guylaine, Tessier, Réjean. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson [Internet]. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0008-400X.26.2.210>
67. Yuguero O, Ramon Marsal J, Esquerda M, Vivanco L, Soler-González J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract*. déc 2017;23(1):4-10.
68. Taleghani F, Ashouri E, Saburi M. Empathy, Burnout, Demographic Variables and their Relationships in Oncology Nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res*. févr 2017;22(1):41-5.
69. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, et al. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv Wash DC*. juill 2009;60(7):985-8.
70. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. juin 2016;15(2):103-11.
71. O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 26 juin 2018;53:74-99.
72. Trbojević-Stanković J, Stojimirović B, Soldatović I, Petrović D, Nesić D, Simić S. Work-Related Factors as Predictors of Burnout in Serbian Nurses Working in Hemodialysis. *Nephrol Nurs J J Am Nephrol Nurses Assoc*. déc 2015;42(6):553-561; quiz 562.
73. Liu W, Zhao S, Shi L, Zhang Z, Liu X, Li L, et al. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 9 juin 2018;8(6):e019525.
74. Kennifer SL, Alexander SC, Pollak KI, Jeffreys AS, Olsen MK, Rodriguez KL, et al. Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? *Patient Educ Couns*. juill 2009;76(1):51-6.
75. Hsu I, Saha S, Korthuis PT, Sharp V, Cohn J, Moore RD, et al. Providing support to patients in emotional encounters: a new perspective on missed empathic opportunities. *Patient Educ Couns*. sept 2012;88(3):436-42.
76. Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, van der Heijden B, Engels J. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLoS ONE [Internet]*. 24 janv 2018;13(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5783379/>

77. Yang BX, Stone TE, Petrini MA, Morris DL. Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(1):31-8.
78. Grenyer BFS, Ilkiw-Lavalle O, Biro P, Middleby-Clements J, Comninos A, Coleman M. Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2004;38(10):804-10.
79. Martin T, Daffern M. Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. févr 2006;13(1):90-9.
80. Allen D, Tynan H. Responding to aggressive behavior: impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Ment Retard*. avr 2000;38(2):97-104.
81. Bayot M, Vermeulen N, Mermillod M. Pleine conscience et empathie: une ressource pour les intervenants et une pratique à remettre en contexte. In 2016. p. 145-56.

VU

NANCY, le **29 juin 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **16 juillet 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Raymund SCHWAN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10352

NANCY, le **19 juillet 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Dans ce travail l'auteur s'intéresse aux corrélations entre l'empathie et le syndrome de burnout chez les professionnels en santé mentale qui travaillent dans les services de Psychiatrie Adulte.

Dans une première partie, il présente l'état des connaissances actuelles concernant le rôle de l'empathie dans la relation soignant-patient. Ensuite il expose le concept de burnout, ses facteurs de risque, ses enjeux, sa prise en charge ainsi que l'ampleur qu'il prend dans la population soignante.

Dans une seconde partie, l'auteur expose les résultats d'une étude observationnelle transversale, réalisée en partenariat avec trois secteurs de Psychiatrie Adulte sur le département mosellan. L'empathie et le burnout ont été mesurés en s'appuyant sur des outils psychométriques standardisés. L'analyse statistique a mis en évidence des corrélations significatives entre les deux dimensions.

La thématique abordée dans ce travail de recherche ouvre ainsi la perspective d'une meilleure compréhension des mécanismes psychopathologiques de ces manifestations, d'un meilleur diagnostic, et par conséquent il permet une amélioration des mesures de prévention et de prise en charge au niveau institutionnel du syndrome de burnout.

TITRE EN ANGLAIS

EMPATHY, BURNOUT AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF MENTAL HEALTHCARE PROVIDERS

THÈSE : PSYCHIATRIE

MOTS CLES : burnout ; empathie ; Maslach Burnout Inventory ; Jefferson Scale of Physician Empathy, professionnels de santé mentale

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
