

Les médecins des Centres de Lutte contre le Cancer : le travail médical et son retentissement psychologique

France Lert, Jean-François Chastang, INSERM U88, Saint-Maurice¹.

Cette recherche a bénéficié d'une subvention de l'ARC²

Dès avant la deuxième guerre mondiale jusqu'aux années récentes, la vulnérabilité psychologique des médecins a été mise en évidence dans les études épidémiologiques montrant un excès de suicide, une consommation accrue de produits psychoactifs, médicaments, alcool ou drogues, une proportion plus élevée de divorces. Pour expliquer ces résultats, les travaux scientifiques ont cherché à identifier les dimensions du travail médical génératrices de vulnérabilité psychologique. Le modèle du stress a servi de référence théorique à de très nombreuses études : les conditions de travail sont génératrices d'un stress (déséquilibre entre les exigences du travail et la capacité des individus de mobiliser des ressources personnelles et collectives pour y répondre) qui entraîne avec le temps un phénomène d'épuisement professionnel (burnout) marqué par l'épuisement, le désinvestissement du travail en particulier de la relation avec les patients et le sentiment d'un manque d'accomplissement au travail ou encore par un mal-être psychologique plus ou moins grave. C'est ce modèle qui a été utilisé dans l'étude auprès des médecins des Centres de Lutte contre le Cancer. De nombreux facteurs de stress sont présents dans le travail médical : les lourdes charges de travail, les contraintes de temps, l'ambiguïté de rôle, la confrontation à la souffrance des malades et à la mort, la complexité du travail lui-même, les contraintes d'organisation, les conflits dans les relations de travail ; ceci dans un contexte de contrôle croissant de l'activité médicale et d'exigences toujours plus grandes d'efficacité, de sécurité et de qualité des soins, d'information et de participation des malades. Ces traits sont particulièrement exacerbés dans les services ayant à prendre en charge des malades graves avec des explorations et des traitements complexes.

Les objectifs de l'étude étaient de décrire les conditions de travail des médecins (en particulier le temps de travail) et d'identifier les sources de stress et leur retentissement sur la santé et le bien-être psychologique.

Population et méthodes

L'enquête a reçu un accord de la Fédération des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNLCC) ainsi que des directeurs et des présidents de CME des centres. L'enquête par questionnaire postal a été précédée d'une phase qualitative reposant sur des entretiens approfondis avec 17 médecins ayant un profil très diversifié. La population d'étude est définie comme les médecins exerçant une activité clinique au contact des patients dans les CLCC au moment de l'étude. Une liste nominative a été fournie par la FNLCC. L'enquête postale a été menée de façon exhaustive sur cette population durant le printemps et l'été 1999. L'enquête était totalement anonyme, le retour du questionnaire rempli ne comportant pas d'indication sur le centre ou son département d'implantation.

Le questionnaire comportait des notions socioprofessionnelles, des données sur le temps de travail et sa répartition entre les activités, des échelles de stress, de satisfaction au travail (CMHQ de Graham et Ramirez, 1996), de burnout (MBI, Maslach, 1986) et de troubles psychologiques (GHQ, Goldberg, 1972) ainsi que des variables de santé.

Un groupe professionnel marqué par de longues journées de travail au-delà de la diversité des secteurs et des disciplines

A partir de la liste initiale 893 courriers ont été envoyés. Après deux relances, le taux de

¹ Les auteurs remercient tous ceux qui ont facilité la réalisation de cette étude à la direction de la FNLCC et des centres, le comité de pilotage ainsi que les médecins qui y ont participé, tout particulièrement ceux qui ont accepté des entretiens approfondis.

² Un rapport complet peut être adressé sur simple demande par courriel à france.lert@st-maurice.inserm.fr

réponse s'établit à 61,9 % (467 sur 755 médecins éligibles, 138 médecins ayant quitté le centre ou n'exerçant pas de fonctions directement auprès des patients).

Les répondants ont un âge moyen de 47,3 ans (sd=7,66) et 35 % sont des femmes. Près de 9 sur 10 vivent en couple, parmi ceux-ci 36,7 % ont un conjoint médecin, 88% ont des enfants dont 73% des enfants au foyer. Près de 9 sur 10 ont un statut permanent, dont 10,5% ont un poste universitaire. La moitié des répondants a des responsabilités d'unités de soins comme chefs de service (32,2%) ou chefs de département (13,9%). Les médecins du secteur médecine représentent le groupe le plus nombreux (31,5%), suivis des radiothérapeutes (18%), des chirurgiens (16,1%), des spécialistes d'imagerie médicale (14,3%); les anesthésistes représentent 6,4%, les autres secteurs comptent chacun pour moins de 5 % des répondants.

Une activité diversifiée, structurée par la part de la pratique clinique

Les journées de travail sont de 10 heures ou davantage pour plus de 80 % des répondants avec une activité durant les week-ends et le soir (41,6 % travaillent un samedi sur 2 ou plus, 12% un dimanche sur 2 ou plus, et 36 % plus d'un soir par semaine).

Le travail lié directement aux patients (temps d'activité clinique) représente 80 % du temps de travail pour plus de la moitié des médecins. Les médecins étaient invités à indiquer leurs autres activités ainsi qu'une quantification approximative de celles-ci. Les activités de gestion et d'organisation du service concernent 71 % des médecins mais ne représentent une charge importante que pour 17 % d'entre eux ; ces chiffres sont respectivement de 77 % et 8,6 % pour les activités institutionnelles au niveau de l'établissement (notamment participation à des instances représentatives ou à des comités internes autres que cliniques). Plus de trois médecins sur quatre participent à la recherche clinique mais seulement 31 % y consacrent 10 % ou plus de leur temps de travail. La recherche en laboratoire est beaucoup moins fréquente (13,9 % dont 5,4 % consacrant plus de 10 % du temps). La participation à l'enseignement, qu'il s'agisse d'enseignement universitaire ou de formation continue est très répandue (90,8 %) mais occupe un temps relativement court pour la majorité des répondants : 19 %

seulement effectuant plus de 40 heures/an. La formation personnelle représente 4 heures hebdomadaires ou plus pour 63,7 % des répondants. 65 % participent à 8 journées de congrès par an ou plus, dont 21 % à plus de 12.

Il existe, dans la population étudiée, une variété suffisante de secteurs d'activités ou de spécialités médicales pour permettre des comparaisons. Du point de vue des conditions de travail et de la répartition des activités, on distingue ainsi à partir des analyses multidimensionnelles quelques positions différenciées par la répartition du temps de travail entre le soin et les autres activités et la durée du travail. Les chefs de département ont de longues durées de travail, une répartition de leur temps de travail en un large éventail d'activités au détriment du temps en lien direct avec les patients. Les autres groupes se différencient par un temps plus important, et parfois presque exclusif, consacré aux patients. Ils participent plus aux astreintes et aux gardes mais les durées quotidiennes de travail sont déclarées un peu plus courtes. L'allongement du temps de travail se marque aussi par le débordement sur la vie privée, en particulier le travail du soir.

Le cœur du travail médical reste le soin et le contact avec les malades. Pendant toute une partie de la carrière, les autres activités (recherche, enseignement, participation institutionnelle, formation etc.) se font en plus de ce temps de soins, nécessitant un allongement des durées de travail. Ce temps qui traduit un investissement du travail est valorisé car c'est dans ces activités et non dans les soins que se construit la carrière et s'acquiert la reconnaissance. Ce n'est que dans les positions de « chef » que le temps de travail clinique se réduit.

L'identification des dimensions des échelles de stress et de satisfaction a été faite à partir d'analyses multidimensionnelles afin de permettre le calcul de sous-scores. *L'échelle de stress* se décompose en 3 dimensions : la première dimension représente la surcharge de travail et regroupe les notions de durée du travail et d'empiètement sur la vie privée, de conflits de responsabilités dus au manque de temps, de responsabilité d'animation d'équipe, d'actualisation des pratiques professionnelles ; la deuxième dimension renvoie à des notions de conflits ou de difficultés tant dans les relations professionnelles, la gestion, les

moyens que certains aspects comme le salaire ou les risques de poursuite judiciaires ; la troisième a trait à la souffrance des patients et aux relations avec les familles.

L'échelle de satisfaction quant à elle peut être analysée en quatre dimensions : une première dimension qui peut être définie comme une satisfaction liée directement au contenu du travail offrant des possibilités de développement personnel ; une deuxième dimension peut être définie comme la gratification trouvée auprès des patients et des familles ; la troisième dimension fait référence à l'adéquation des moyens disponibles pour travailler ; enfin la quatrième dimension renvoie à une notion de reconnaissance et de responsabilité dans l'institution.

Les relations avec les patients, source de souffrance et gratification : secteurs, spécialités, fonctions.

Dans les entretiens, presque tous les médecins interviewés ont prononcé les mots « horrible », « horreur » pour caractériser certaines situations avec les patients en échec ou en impasse thérapeutique, situations qui se produisent dans tous les secteurs mais particulièrement dans les spécialités ou secteurs des centres où le patient est suivi au long cours pour sa maladie (les services de médecine). La gratification tirée des contacts avec les malades et parfois leurs proches, souvent soulignée, n'efface pas ces situations pénibles. C'est ce qui explique la relation observée dans les analyses quantitatives entre les dimensions du stress et de la satisfaction et *le temps clinique* : plus la part de celui-ci dans l'activité augmente, plus le stress lié aux difficultés dans les relations professionnelles et celui lié aux patients augmentent ; à l'inverse plus ce temps est court, plus la satisfaction globale, la satisfaction en termes de développement personnel, de moyens disponibles pour travailler et de reconnaissance institutionnelle augmentent.

On retrouve un autre aspect de cette relation avec le temps de travail clinique quand on examine les résultats concernant les *secteurs d'activité*³. Les services qui interviennent plutôt dans des moments circonscrits de la prise en charge - comme l'imagerie, la chirurgie et dans

une moindre mesure la radiothérapie - sont associés à des niveaux moindres de stress lié au contact avec les malades s'opposant en cela aux services qui assurent la continuité de la prise en charge tout le long de la maladie : le secteur médecine, ou les services comme greffe de moelle ou soins intensifs qui interviennent dans des moments particulièrement critiques. Pour la satisfaction tirée du travail, la différenciation se fait un peu différemment : concernant la dimension développement personnel, la radiothérapie se rapproche du niveau de satisfaction plus élevé des secteurs médecine et greffe de moelle, tandis que la chirurgie, les soins intensifs et la radiologie se situent du côté d'une moindre satisfaction. Dans les secteurs plus techniques, greffe de moelle, réanimation, et dans une moindre mesure radiothérapie et imagerie, la satisfaction des médecins vis-à-vis des ressources disponibles pour travailler est accrue par rapport aux autres services, ce qui laisse penser que ces services sont correctement dotés en équipement technique.

Compte tenu des effectifs relativement réduits dans les différentes *spécialités* (ici les diplômes individuels et non plus les services), il est difficile de mettre en évidence des effets propres à certaines spécialités. On retrouve moins de stress lié aux patients pour les radiologues et les radiothérapeutes. Hématologues et radiothérapeutes, dont les spécialités s'exercent presque uniquement en oncologie sont ceux qui sont les plus satisfaits des ressources et des moyens mis à leur disposition pour travailler à la différence des oncologues médicaux qui ont probablement des moyens plus divers - notamment en personnel - à mobiliser pour faire face à la prise en charge au long cours. Les odontologues qui sont très peu nombreux parmi les participants à l'enquête se signalent par un niveau de satisfaction faible dû peut-être à une place marginale en oncologie ou à des contenus d'activité ou de relations avec les patients spécifiques. Les anesthésistes sont moins satisfaits du contenu de leur travail ce qui apparaît comme un effet classique de leur position dans les services où ils cumulent les contraintes de l'activité et les attentes de sécurité de leurs actes, sans la gratification des résultats ou du contact avec les patients et sans participation aux activités institutionnelles.

Concernant le *statut*, globalement, les attachés qui n'ont pas leur activité principale en CLCC

³ Pour mémoire : médecine, chirurgie, soins intensifs, imagerie, greffe de moelle, soins palliatifs, anesthésie, autres.

sont peu investis dans la structure : ils en retirent moins de stress (notamment moins de surcharge de travail, leur temps étant bien défini) mais ils n'en ont pas non plus la reconnaissance institutionnelle et n'ont que peu de leviers pour mobiliser les ressources professionnelles. Autre angle de cette relation temps clinique, stress et satisfaction, celle qui a trait à la *fonction* : le stress lié aux relations avec les patients concernent surtout les assistants qui consacrent presque toute leur activité aux patients. Les fonctions les plus élevées correspondent à des niveaux de satisfaction accrus pour toutes les dimensions de la satisfaction sauf celle-là.

Des contraintes et un investissement du travail qui ont un retentissement psychologique

Les rôles respectifs de ces différentes dimensions du stress et de la satisfaction se

retrouvent dans l'analyse des facteurs contribuant aux difficultés psychologiques mesurées par le GHQ et le MBI.

En utilisant une valeur seuil de 4 pour le GHQ, 30,9 % des médecins peuvent être identifiés comme ayant des troubles psychologiques.

Les scores moyens du MBI sont de 19,6 (sd = 9,95) pour l'épuisement émotionnel, de 7,21 (sd = 5,60) pour le désinvestissement professionnel, de 35,2 (sd = 6,85) pour l'accomplissement personnel.

Les associations de ces mesures du retentissement psychologique avec les dimensions du stress, de la satisfaction et les différents types de réponses développées face au stress ont été étudiées par des méthodes multidimensionnelles (régression logistique pour le GHQ, régression linéaire multiple pour les scores du MBI). Ces associations sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Relations entre le stress et la satisfaction tirés du travail, les modes de réponses et les indicateurs de retentissement psychologique

	Troubles psychologiques	Burnout (MBI)		
		Epuisement émotionnel	Désinvestissement des relations avec les patients	Manque d'accomplissement personnel au travail
Stress lié à la surcharge de travail	↗	↗	↗	—
Stress lié aux relations de travail	↗	↗	—	↗
Souffrance liée aux patients et aux familles	—	↗	—	—
Satisfaction liée au contenu du travail	—	↘	—	—
Satisfaction liée aux relations avec les patients	—	—	↘	↘
Satisfaction liée aux ressources disponibles	—	—	—	—
Satisfaction liée à la reconnaissance institutionnelle	↘	—	—	↘
Réponses positives*	—	—	—	—
Réponses potentiellement nocives*	↗	↗	—	—
Réponses professionnelles*	—	↗	—	↗

* réponses utilisées face au stress lié au travail

La surcharge de travail aggrave fortement les troubles psychologiques mesurés par le GHQ, l'épuisement émotionnel, le désinvestissement des relations avec les patients ; le stress lié aux relations de travail aggrave de la même façon les troubles psychologiques, l'épuisement émotionnel et affaiblit le sentiment d'accomplissement personnel au travail. Les difficultés dans la confrontation à la souffrance des patients et des familles contribuent au désinvestissement et à l'épuisement émotionnel.

Parmi les sources de satisfaction, on observe que celle tirée d'un environnement de travail disposant de ressources humaines ou matérielles satisfaisantes ne joue sur aucun des indicateurs de difficultés psychologiques ; on peut même se demander s'il s'agit bien d'une dimension de la satisfaction tirée du travail. La satisfaction en terme de développement personnel (stimulation intellectuelle, autonomie, responsabilité etc.) ne joue un rôle modérateur que sur l'épuisement émotionnel qui est la composante du burnout la plus liée au travail. La gratification tirée de la relation avec les patients atténue le désinvestissement et accentue le sentiment d'accomplissement personnel. La reconnaissance par les pairs et l'institution atténue les troubles psychologiques (GHQ), l'épuisement émotionnel et accroît le sentiment d'accomplissement au travail. C'est donc plutôt dans une dimension relationnelle que se trouve l'effet protecteur de la satisfaction. Cette observation renvoie aux analyses de psychopathologie du travail (Dejours, 1995) selon lesquelles le sujet peut faire face aux contraintes du travail s'il trouve une rétribution qui s'exprime par la reconnaissance au sein du collectif de travail (ici l'institution et les pairs) et la gratitude, ici appréhendée par le sentiment de bien faire avec les patients et les familles. Ce modèle s'apparente aussi à celui développé par Niedhammer et Siegrist (2000)

Le modèle opérationnalisé dans l'étude envisage les modes classiques par lesquels les individus font face au stress. Les réponses dites potentiellement constructives au stress du travail (parler avec ses proches au travail ou dans la vie personnelle, loisirs, congés etc.), peut-être parce que très largement utilisées, ne différencient pas les niveaux de burnout au sein de la population étudiée. Les réponses potentiellement nocives (boire de l'alcool, fumer, allonger le temps de travail

etc.) sont davantage utilisées quand l'épuisement émotionnel est élevé. On retrouve une association entre le recours à la psychothérapie (11,5% des répondants disent y avoir recours) ou les médicaments (3,2%) et les indicateurs de souffrance psychologique.

Dans la présente étude, seuls sont pris en compte les déterminants de vie professionnelle. Les autres éléments entrant classiquement dans le modèle du stress comme la personnalité et les caractéristiques de la vie hors travail n'ont pas été envisagés ici ; ceci afin de favoriser l'acceptation de l'enquête en gardant un questionnaire court et peu intrusif dans la vie privée. Cependant si la personnalité et les éléments extérieurs au travail modulent son retentissement psychologique, leur contribution est indépendante de celle des facteurs professionnels, comme le montre Deary (1996) dans une étude réalisée auprès de médecins hospitaliers en Ecosse.

Un niveau de retentissement psychologique relativement élevé par rapport à d'autres études

En 1994, une enquête a été réalisée auprès des infirmières de 3 centres de lutte contre le cancer comparées à celles de 3 hôpitaux généraux en utilisant l'échelle de Maslach (Lert, 1997). Les scores moyens des différentes dimensions du MBI sont très proches entre ces deux groupes professionnels exerçant dans les centres anticancéreux : pour l'épuisement émotionnel les moyennes sont respectivement de 20,4 pour les infirmières et 19,6 pour les médecins, de 36,4 et 35,2 pour l'accomplissement personnel au travail, le désinvestissement est un peu moindre chez les infirmières (6,2) que chez les médecins (7,2).

Il est possible de comparer les différentes études eu égard aux seuils de référence normalisé existant pour chaque échelle⁴. Dans la présente étude sur les cancérologues, on trouve 31 % de médecins ayant un GHQ supérieur au seuil de 4, cette fréquence étant de 25 % parmi les médecins exerçant dans le champ du sida (Lert, 1999), de 27 % et 28 %

⁴ Pour les différentes échelles du MBI, on observe en général des valeurs plus basses en Europe qu'aux Etats-Unis où l'échelle a été développée (Schaufeli, 1995) ; les valeurs seuils sont donc probablement sur-estimées. On utilise cependant ici les valeurs-seuils pour une comparaison qui porte seulement sur des études réalisées en Europe.

dans les deux études réalisées par Ramirez et Graham (1995, 1996), de 20 % et 25% chez des médecins italiens respectivement généralistes et hospitaliers (Grassi, 2000), 26 % sont trouvés parmi un échantillon composé de soignants de diverses professions (Weinberg, 2000). Par contre Caplan (1994) utilisant la version en 28 items du GHQ avec un seuil de 6 et plus pour étudier un échantillon de « *senior health service staff* » composé de consultants hospitaliers, de médecins généralistes et de managers, trouve 47 % de scores positifs. Si l'on excepte cette dernière étude, les oncologues français se situent donc plutôt du côté des scores élevés.

Concernant le MBI, les oncologues se distinguent de leurs confrères français exerçant dans le champ du sida par un niveau d'épuisement émotionnel plus élevé alors qu'ils ne diffèrent pas pour les deux autres dimensions.

Le travail médical en oncologie génère une charge psychique lourde qui affecte le bien-être psychologique malgré les mécanismes de rétribution qui viennent modérer ce retentissement.

L'interprétation du rôle du travail médical auprès des patients est délicate à partir des données des deux études qualitative et quantitative qui sont présentées ici. En effet, dans les analyses quantitatives le temps passé avec les patients n'apparaît pas comme un déterminant de la surcharge de travail. Il augmente le stress né des relations de travail et bien sûr est générateur d'une charge spécifique, mais n'accroît pas le score global. Ce temps consacré aux soins est inversement lié à la satisfaction tirée du travail pour soi et à la reconnaissance par l'institution. Dans les entretiens au contraire, les médecins ont mis en avant toute la difficulté de la communication avec les patients autour de l'annonce du diagnostic et des aggravations du cancer, de la confrontation aux situations d'impasse thérapeutique ou d'effets iatrogènes des traitements, à l'incertitude, au risque d'erreur ou encore aux normes émergentes dans les relations avec les patients qui viennent ébranler les pratiques professionnelles. Cependant les entretiens suggèrent aussi une interprétation de ces données à première vue divergentes. Le travail auprès des patients est le lot commun de tous les médecins et si certains ont une charge clinique moins lourde au sein de leur activité

professionnelle, elle représente pour 7 sur 10 plus des trois quarts de leur temps de travail. Dès lors, il n'est pas étonnant de ne pas observer d'effet « dose » entre le temps passé avec les patients, pour tous très élevé, et le niveau global de stress lié au travail.

Les autres activités professionnelles, qui concernent davantage les médecins plus avancés dans leur carrière, allongent le travail, ajoutent des charges, permettent de gagner une reconnaissance dans l'institution et une satisfaction personnelle. Dans les entretiens, les médecins situent bien le travail auprès des patients comme un terrain sur lequel il peut y avoir malgré parfois des divergences de conceptions ou de pratiques, un soutien, une coopération et une entraide entre confrères mais ils ne l'évoquent pas comme un champ de la reconnaissance professionnelle. La reconnaissance du travail médical ne se manifestera que personnellement : tel confrère qui adresse un de ses proches, par exemple. Par contre, c'est autour des enjeux institutionnels et surtout de la recherche, pôle particulièrement valorisé de l'activité, que se joue une concurrence parfois féroce de laquelle émerge la reconnaissance des pairs et de l'institution.

Ainsi la reconnaissance se joue dans d'autres activités que le soin qui impose sa charge de travail cognitive, relationnelle et émotionnelle mais surtout son poids de temps conduisant à une gestion de l'activité par le surtravail, c'est à dire les longues durées quotidiennes et le débordement sur la vie privée grignotant les possibilités de ressourcement extérieur. Les résultats concernant les déterminants des projets professionnels vont dans le même sens : les médecins qui ont des scores de stress élevés ont davantage de projets de changement, des projets de départ mais aussi des projets de carrière ou d'investissement professionnel accru. C'est la satisfaction qui distingue les attitudes par rapport aux projets professionnels : ceux qui veulent quitter leurs fonctions dans le centre anticancéreux ont un niveau de satisfaction plus faible, ceux qui ont des projets professionnels dans le cadre des CLCC ont des niveaux de satisfaction élevés. Pourtant, ils ont aussi davantage recours aux psychothérapies et aux médicaments. Le surinvestissement au travail apparaît en quelque sorte comme un moyen de répondre aux normes de la profession et de l'institution. Il a cependant un coût puisque les troubles psychologiques sont associés au stress malgré

le rôle modérateur de la satisfaction tirée du travail.

Si les médecins se représentent les deux pôles de leur activité comme le soin et la recherche, ils ne se situent pas pour la plupart d'entre eux dans la dimension de l'organisation et de la gestion, voire la refusent. Pourtant c'est dans ce domaine que se joue une partie de leurs conditions de travail au quotidien et que s'expriment des exigences pressantes, des normes nouvelles qui transforment l'exercice médical. L'implication des médecins dans cette dimension de leur activité devrait sans doute trouver des formes nouvelles qui leur

permettraient d'en reconnaître l'intérêt et l'efficacité sans perdre leur autonomie professionnelle ou porter atteinte à l'éthique soignante.

Il appartient sans doute aux autorités sanitaires de clarifier les valeurs et les contraintes économiques du fonctionnement de l'hôpital et aux médecins de redéfinir avec les autres membres de la communauté soignante l'équilibre entre les différents pôles de l'activité soins, recherche et organisation afin qu'il ne se gère pas par le surtravail au détriment de la santé des individus.

Références bibliographiques

Caplan, R.P. (1994) Stress anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *BMJ*, 309, 1261-1263.

Deary, I.J., Blenkin, H., Agius, R.M., Endler, N.S., Zealley, H.E. and Wood, R.A. (1996) Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors. *British Journal of Psychology Society* 87, 3-29.

Dejours, C. (1995) Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. *Le Travail Humain* 58, 1-16.

Goldberg, D.P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford : Oxford University Press.

Graham, J., Ramirez, A.J (1996) A user's guide to the Consultants' Mental Health Questionnaire, ICRF Psychological Oncology Research Programme, Guy's Hospital, London.

Grassi, L., Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession : an Italian study of general practitioners and hospital physicians.

Lert, F. and Morcet, J. (1997) Organisation du travail, stress et épuisement professionnel chez les infirmières exerçant à l'hôpital. Identification des situations à risque. Saint-Maurice: INSERM U88.

Lert, F. and Castano, I. (1999) Les médecins hospitaliers et leur travail dans le champ VIH/sida. Contraintes, stress et burnout. INSERM U88 – janvier.

Maslach, C., Jackson, S.E. and Schwab, R.L. consulting Psychologists Press, (Ed.) (1986) Maslach Burnout Inventory. Second Edition with a special supplement "Burnout in Education". Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M.F., Goldberg, M., Leclerc, A. (2000). Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev. Epidém. Et Sété Publ.* 48,419-437.

Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A., Gregory, W.M., Leaning, M.S., Snashall, D.C. and Timothy, A.R. (1995) Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer* 71, 1263-1269.

Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A. and Gregory, W.M. (1996) Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet* 347, 724-728.

Weinberg, A. and Creed, F. (2000) Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *The Lancet* 355, 533-537.