

## PSYCHOPATHOLOGIE

# **Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire**<sup>☆,☆☆</sup>

## ***Burnout, patient compliance and psychological withdrawal among GPs: An exploratory study***

D. Truchot<sup>a,\*</sup>, N. Roncari<sup>b</sup>, D. Bantégnie<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire de psychologie, université de Franche-Comté, 30-32, rue Mégevand, 25030 Besançon cedex, France

<sup>b</sup> Département de psychologie, université de Reims, 51100 Reims, France

Reçu le 29 mai 2008 ; accepté le 20 janvier 2010

Disponible sur Internet le 20 mai 2010

### MOTS CLÉS

*Burnout* ;  
Compliance du patient ;  
Médecins généralistes ;  
Retrait psychologique et comportemental

### Résumé

**Introduction.** – Différents travaux suggèrent que les professionnels de soins frappés de *burnout*, notamment les médecins, pourraient adapter des stratégies d'évitement ou de retrait psychologique vis-à-vis de leurs patients. En fondant notre argumentation sur la théorie de la conservation des ressources, nous avançons que ce retrait psychologique sera d'autant plus intense que le patient est non compliant.

**Méthode.** – Notre échantillon est composé de 270 médecins généralistes qui ont réagi au cas d'une patiente âgée devenue invalide et présentée selon deux modalités : compliant vs non compliant. Les médecins devaient indiquer dans quelle mesure ils prendraient chacune des cinq solutions qui leur étaient proposées (e.g., soins à domicile, maison de retraite). Ces solutions variaient selon leur degré d'engagement/retrait psychologique. Nous avons également recueilli le degré de *burnout* des participants.

**Résultats.** – Les résultats montrent en particulier que lorsqu'ils ont un degré élevé de *burnout*, les médecins adhèrent davantage aux solutions de retrait psychologique et moins aux solutions engageantes lorsque la patiente est non compliant.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

<sup>☆</sup> Cette recherche a été réalisée avec le concours logistique et financier de l'URML de Champagne-Ardennes. Les auteurs adressent leurs remerciements au Dr. Menu et à Brigitte Lavollée.

<sup>☆☆</sup> La phase de prétest a été réalisée avec le concours de l'UPML de Bourgogne. Toute notre gratitude à Carole Colin.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [didier.truchot@univ-fcomte.fr](mailto:didier.truchot@univ-fcomte.fr) (D. Truchot).

**KEYWORDS**

Burnout;  
Patient compliance;  
GPs;  
Psychological and  
behavioral  
withdrawal

**Summary**

**Introduction.** – When GPs are afflicted by burnout, patients' demands are perceived to create a relational imbalance. It can be supposed that in this situation, GPs will react by distancing themselves from the patient. Effectively, various studies suggest that health professionals who are suffering from burnout adapt withdrawal strategies towards their patients: less implication, etc. In the present study, we make the assumption that when the GP is suffering from burnout, the withdrawal will be even more important with a noncompliant patient.

**Method.** – Two hundred and seventy GPs responded to the case of an 84 year-old female patient who lives alone and falls regularly. After having broken the neck of the thighbone, she leaves the hospital and remains dependent for the next months. The patient is presented in two ways: compliant vs. non compliant. The GPs were asked to indicate the degree to which they would choose each of the solutions that were proposed. These solutions vary according to their degree of implication. Information on the participants' level of burnout was also gathered.

**Results.** – When the patient is compliant, the implicating solutions (home assistance and home care) are chosen equally as much by the participants, whatever their level of emotional exhaustion. But when the patient is noncompliant, these solutions are always chosen as much by the participants with a low level of emotional exhaustion, but are significantly less chosen by those with a high level of emotional exhaustion. The opposite is found for withdrawal solutions (independent living residence, medium term hospital stay, retirement home). When the patient is compliant, the choice of these solutions does not vary in function of the level of exhaustion. However, when the patient is noncompliant, these solutions attract the GPs significantly more if they are exhausted (but not if they are slightly exhausted).

© L'Encéphale, Paris, 2010.

**Introduction**

Les recherches actuelles montrent que les médecins généralistes sont frappés du syndrome d'épuisement professionnel, le *burnout* [23,24,26]. Maslach et Jackson [9] définissent le *burnout* comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». « L'épuisement émotionnel » réfère au manque d'énergie, aux sentiments dysphoriques. Le professionnel est « vidé nerveusement », a perdu toute motivation pour son travail. L'épuisement émotionnel est la dimension la plus sensible aux stressseurs de l'environnement de travail et c'est avec elle que s'enclenche le *burnout* [16]. La « dépersonnalisation » désigne le développement d'attitudes détachées, impersonnelles, voire cyniques envers les personnes prises en charge<sup>1</sup>. Enfin, la « réduction de l'accomplissement personnel » renvoie à la diminution de l'estime de soi, du sentiment d'auto-efficacité, le professionnel ne s'attribuant plus la capacité à répondre aux exigences de son travail.

Le *burnout* a des effets négatifs sur la santé psychologique et physique (e.g., fatigue chronique, chute de l'estime de soi, symptômes dysphoriques, conduites addictives : [2,17,19,25]). Il est souvent avancé que le *burnout* a aussi des effets négatifs sur les relations interpersonnelles [14]. Mais les travaux sur le sujet sont rares. Ainsi, une recherche électronique dans PsycINFO, PsycARTICLES et PBSC nous

apprend qu'à de rares exceptions près [15,20], nous savons peu de choses sur l'impact du *burnout* des médecins sur leurs attitudes vis-à-vis des patients. La présente recherche, exploratoire, s'intéresse à une des conséquences relationnelles potentielles du *burnout* à ce jour inexplorée : le désengagement relationnel des médecins généralistes vis-à-vis de leurs patients. On parle de désengagement ou de retrait psychologique et comportemental pour désigner un détachement vis-à-vis de son travail, des sentiments aversifs ou l'évitement du contact avec les patients [4,7,12].

**Le *burnout* des médecins peut-il provoquer un retrait psychologique vis-à-vis des patients ?**

Quelques travaux alimentent l'hypothèse que le *burnout* affecte la qualité des soins et provoque un désengagement relationnel. Il a été observé que les médecins qui souffrent de *burnout* répondent moins aux questions des patients, les négligent davantage, ne discutent pas les différentes options de traitement et commettent des erreurs qu'on ne peut attribuer à leur manque de connaissance ou d'expérience [15]. En contrepoint, les médecins non stressés fournissent davantage d'informations aux patients [20]. D'après la théorie de la conservation des ressources [5], le retrait psychologique ou comportemental est une stratégie utilisée en cas de stress ressenti : en diminuant l'engagement, il permet de rétablir une relation perçue comme déséquilibrée [8,21–22]. Pour cette théorie, les individus sont motivés à obtenir, protéger et développer leurs ressources qu'elles soient internes (estime de soi, compétences, etc.) ou externes (soutien social, etc.). Confronté à une menace, à un stressseur, l'individu doit investir une ou plusieurs ressources pour faire face et protégé-

<sup>1</sup> Dans la définition du *burnout*, la dépersonnalisation n'a donc pas la signification habituellement retenue en psychiatrie, i.e., un état où l'individu ne se reconnaît pas lui-même comme personne.

ger ses autres ressources. Et les individus qui possèdent des ressources personnelles et sociales importantes (sentiment d'auto-efficacité, soutien social, etc.), utilisent celles-ci pour développer des stratégies de *coping* destinées à affronter le stress et à modifier la situation [6]. Ils limitent la menace, la perte des ressources et les effets négatifs qui s'ensuivent. Ils évitent donc l'utilisation d'un *coping* défensif. Mais à l'inverse, ceux qui possèdent peu de ressources choisissent des stratégies d'évitement. Or, le *burnout* diminue les ressources : il entraîne une chute de l'estime de soi, de la fatigue chronique, des sentiments dysphoriques, etc. Les exigences professionnelles, les demandes des patients, représentent une menace supplémentaire de perdre les ressources restantes. Le médecin adoptera alors des conduites de *coping* défensif. Le retrait psychologique ou comportemental fait partie de ces conduites [3]. En augmentant la distance entre soi et les exigences des patients, le médecin fait face défensivement à la tension engendrée par la confrontation à des stressés répétés et par son manque de ressources.

### L'importance de la coopération et de la compliance du patient

Apporter de l'aide à autrui, entretenir des relations réussies avec les patients est perçu comme une gratification professionnelle et figure parmi les motivations majeures qui amènent à choisir la profession de médecin [10–11]. Dans cette perspective, les médecins sont sensibles aux attitudes coopératives, compliantes des patients. Dans une recherche auprès de 500 médecins généralistes français [24], il apparaît qu'apporter au patient des informations destinées à susciter son adhésion est considéré comme l'objectif professionnel le plus important à réaliser. On comprend aisément que la compliance du patient est un élément nécessaire à la réalisation d'une bonne relation thérapeutique, d'une relation réussie avec les patients, gage d'une gratification professionnelle. À l'inverse, les médecins redoutent les relations avec des patients non compliantes, et nombre de praticiens se plaignent justement des attitudes agressives, non coopérantes des patients [23,26]. Un patient non compliant représente une menace pour la réalisation d'une bonne relation thérapeutique. Il implique un investissement supplémentaire de la part du médecin qui cherche à l'amener à adopter des conduites coopératives. Pour un médecin atteint de *burnout*, la non-compliance du patient représente un risque supplémentaire de perte de ressources.

L'objectif de cette étude est donc de tester les deux hypothèses suivantes :

- chez les médecins généralistes, le *burnout* est associé à un désengagement relationnel vis-à-vis du patient ;
- le retrait psychologique sera d'autant plus fort avec un patient non compliant lorsque le médecin est atteint de *burnout*.

### Méthode

Un questionnaire a été envoyé à 771 médecins généralistes. Un courrier joint précisait les consignes et garantissait

l'anonymat. Une série de questions demandait aux participants d'indiquer leur âge, genre, lieu d'exercice (urbain, péri-urbain, campagne) et le nombre d'années d'exercice. Plusieurs questions évaluaient la charge de travail : nombre d'heures travaillées par jour, de jours travaillés par semaine, nombre de consultations réalisées par jour.

Le *burnout* était mesuré grâce au Maslach Burnout Inventory [9] qui comprend trois sous-échelles : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel réduit. Dans cette recherche, nous obtenons des alpha de 0,88, 0,75, 0,79.

Pour opérationnaliser le retrait psychologique, le questionnaire comprenait le cas d'une patiente âgée que les participants étaient appelés à lire et auquel ils devaient ensuite réagir. Il s'agissait de Mme P., une patiente âgée de 83 ans, veuve, vivant seule. Elle sort de l'hôpital suite à une fracture du col du fémur. Dépendante pour plusieurs mois, il faut lui trouver une solution adaptée. Son médecin traitant la connaît bien puisqu'il la suit pour des problèmes d'ostéoporose et d'hypertension. Dans la moitié des questionnaires envoyés, la patiente était présentée comme non compliant : « elle vient fréquemment en consultation pour multiplier les examens, persuadée d'être atteinte d'un cancer. Par ailleurs, c'est une personne qui ne suit pas son traitement régulièrement ». Dans l'autre moitié des cas, elle est présentée comme compliant : « C'est une patiente qui ne se plaint pas facilement et suit son traitement de façon assidue ». Dans les deux cas, le portrait se terminait comme suit : « Les enfants de Mme P. ne pourront s'occuper d'elle que le temps nécessaire à la procédure de prise en charge. Désarmés face à cette situation et aux différentes solutions envisageables, ils s'en remettent au médecin pour prendre une décision ». L'exposé du cas était suivi des instructions suivantes. « Voici différentes solutions que vous pourriez vous-mêmes prendre concernant Mme P. Vu votre état de fatigue actuelle, merci d'indiquer, pour chaque solution, dans quelle mesure vous la choisiriez ». Ces solutions variaient selon le degré d'engagement qu'elles impliquaient pour le médecin. Afin de nous assurer de sa validité écologique, le cas de cette patiente a été construit avec le concours de cinq médecins généralistes.

### Prétest

Toutes les solutions ont été testées préalablement auprès de 62 médecins pour évaluer l'engagement relationnel, en temps, en énergie, qu'elles représentaient. Ces médecins indiquaient, sur une échelle en 8 points, dans quelle mesure chacune des solutions représentait un investissement relationnel important pour les mois à venir et dans quelle mesure elle était pertinente. Les résultats nous ont amenés à classer les solutions jugées pertinentes selon deux catégories :

- engagement élevé : aide à domicile ; soins à domicile ;
- désengagement : foyer logement ; placement en moyen-séjour, placement en maison de retraite.

Dans le questionnaire adressé à l'échantillon total des 771 généralistes, chacune de ces solutions était suivie d'une échelle en 8 points avec les deux bornes « choix peu probable (0) – choix très probable (7) ». Autrement dit, les médecins

devaient indiquer, pour chaque décision, dans quelle mesure ils l'adopteraient.

Nous avons également vérifié, auprès du groupe test de 62 médecins l'opérationnalisation de la compliance. L'analyse de variance montre que sur une échelle en 8 points (0 = non compliance, 7 = compliance) les moyennes diffèrent significativement :  $M = 2,45$  (non compliant) vs  $6,10$  (compliant),  $F(1, 61) = 20,02$ ,  $p < 0,0001$ .

## Résultats

Les données ont été traitées par analyse de variances, avec  $p \leq 0,05$  comme seuil de significativité. Deux cent soixante-dix médecins généralistes ont répondu à notre questionnaire (taux de réponse = 32%). La moyenne d'âge est de 49,1 ans (écart-type = 6,6). L'échantillon compte 75% d'hommes. Les participants qui ont répondu au cas de la patiente « compliant » ne diffèrent pas de ceux qui ont répondu au cas de la patiente « non compliant » du point de vue de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice, ou de la charge de travail ( $p > 0,35$ ).

Pour chaque sous-échelle du *burnout*, la distribution des scores totaux a été dichotomisée en utilisant une coupe à la médiane afin de créer deux groupes : épuisement élevé vs faible, dépersonnalisation élevée vs faible, accomplissement élevé vs faible. Les analyses de variance ont été réalisées avec chacune des trois dimensions du *burnout* (modalité faible vs élevé) et le type de patiente (compliant vs non compliant) comme variables indépendantes et les scores à chacune des solutions comme variables dépendantes.

En ce qui concerne le *burnout*, les résultats ne montrent pas d'influence significative des dimensions dépersonnalisation et accomplissement (tous les  $p < 0,40$ ). En revanche, pour chaque solution, nous observons un effet de l'épuisement émotionnel. À une exception près, dans les deux groupes (les plus et les moins atteints par l'épuisement émotionnel) l'ordre des décisions est le même.

(Tableau 1). Par exemple, le choix se porte d'abord sur l'aide à domicile. Mais, en moyenne, les médecins qui ont un niveau élevé (vs faible) d'épuisement émotionnel choisissent significativement moins les solutions qui impliquent un engagement élevé : aide à domicile ( $M = 6,23$  vs  $6,92$ ,  $F(1, 231) = 7,66$ ,  $p < 0,006$ ) et soins à domicile ( $M = 4,57$  vs  $5,78$ ,  $F(1, 231) = 17,99$ ,  $p < 0,00003$ ). Inversement, ils choisissent davantage les solutions désengageantes : maison de retraite ( $4,82$  vs  $4,03$ ,  $F(1, 231) = 6,02$ ,  $p < 0,015$ ) et moyen-séjour ( $M = 3,78$  vs  $3,13$ ,  $F(1, 230) = 4,8$ ,  $p < 0,03$ ). Nous observons une tendance pour la solution « foyer logement » :  $M = 3,15$  vs  $2,64$ ,  $F(1, 230) = 3,44$ ,  $p < 0,06$ .

En ce qui concerne la compliance, on observe un effet principal pour trois des cinq solutions (Tableau 2). En effet, les solutions « soins à domicile » et « aide à domicile », qui demandent un engagement plus important, sont significativement plus choisies lorsque la patiente est compliant :  $M = 5,93$  vs  $4,39$ ,  $F(1, 231) = 30,80$ ,  $p < 0,0001$  et  $M = 6,83$  vs  $6,29$ ,  $F(1, 231) = 4,63$ ,  $p < 0,03$ , respectivement. Et inversement, la solution « maison de retraite » qui suppose un désengagement est plus choisie quand la patiente est non compliant.  $M = 4,97$  vs  $3,89$ ,  $F(1, 231) = 11,51$ ,  $p < 0,0008$ .

Les analyses de variance révèlent encore des interactions qui viennent préciser les résultats. En ce qui concerne les décisions représentant un engagement élevé, c'est-à-dire « soins à domicile » et « aide à domicile », l'analyse de variance révèle une interaction significative entre *burnout* et compliance  $F(1, 229) = 8,10$ ,  $p < 0,005$  et  $F(1, 229) = 5,58$ ,  $p < 0,02$ , respectivement. Ainsi, (Fig. 1), lorsque la patiente est compliant, la solution « aide à domicile » est tout autant choisie par les participants, quel que soit leur degré d'épuisement émotionnel ( $M = 6,80$  vs  $6,88$ , NS).

Mais lorsque la patiente est non compliant, cette décision est toujours autant choisie par les participants qui ont un faible degré d'épuisement émotionnel, ( $M = 6,96$ ) mais significativement moins choisie par ceux qui ont un degré élevé d'épuisement émotionnel ( $M = 5,75$ ). Les comparaisons post hoc de moyenne révèlent que ces deux moyennes sont significativement différentes ( $p < 0,05$ ). On observe la

**Tableau 1** Influence de l'épuisement émotionnel sur l'adhésion aux solutions proposées.

	Épuisement élevé	Épuisement faible	F	p
Aides à domicile	6,23	6,92	$F(1, 231) = 7,66$	$< 0,006$
Soins à domicile	4,57	5,78	$F(1, 231) = 17,99$	$< 0,00003$
Maison de retraite	4,82	4,03	$F(1, 231) = 6,02$	$< 0,015$
Moyen-séjour	3,78	3,13	$F(1, 230) = 4,8$	$< 0,03$
Foyer-logement	3,15	2,64	$F(1, 230) = 3,44$	$< 0,06$

(Moyennes des réponses et analyse de variance à un facteur).

**Tableau 2** Influence de la compliance sur l'adhésion aux solutions proposées.

	Patiente non compliant	Patiente compliant	F	p
Soins à domicile	4,39	5,93	$F(1, 231) = 30,80$	$< 0,0001$
Aides à domicile	6,29	6,83	$F(1, 231) = 4,63$	$< 0,03$
Maison de retraite	4,97	3,89	$F(1, 231) = 11,51$	$< 0,0008$

(Moyennes des réponses et analyse de variance à un facteur).

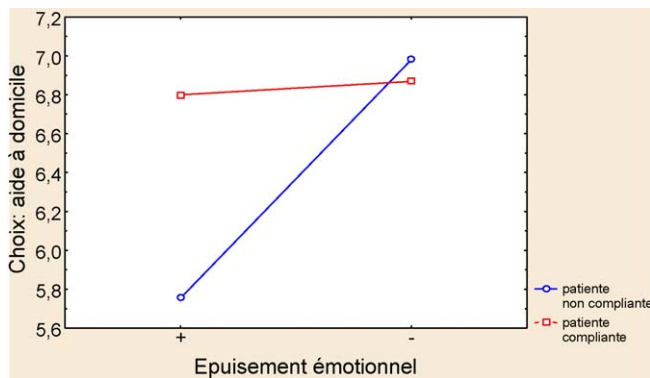


Figure 1 Influence de l'épuisement émotionnel et de la compli-ance sur l'adhésion à la solution « aide à domicile ».

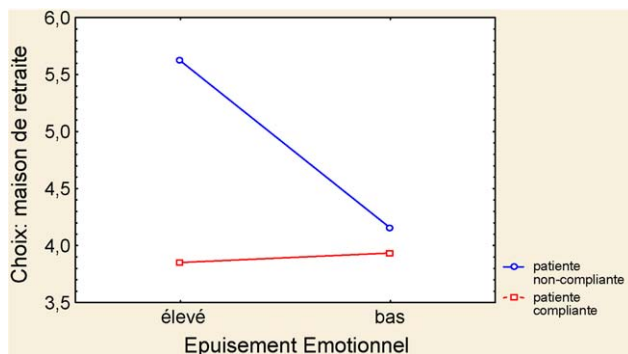


Figure 2 Influence de l'épuisement émotionnel et de la compli-ance sur l'adhésion à la solution « maison de retraite ».

même interaction, significative, pour la solution « soins à domicile » :  $F(1, 229) = 8,11, p < 0,001$ .

Pour les solutions représentant un retrait psychologique et comportemental, on observe également une interaction entre épuisement émotionnel et compli-ance. C'est le cas par exemple pour le solution « maison de retraite » ( $F[1, 229] = 6,12, p < 0,02$ ). Lorsque la patiente est compliante, ce choix ne varie pas en fonction du degré d'épuisement :  $M = 3,8$  vs  $3,9$ , NS. En revanche, quand la patiente est non-compliante, ce choix attire plus les médecins s'ils sont épuisés (vs non épuisés) :  $M = 5,6$  vs  $4,2, p < 0,05$ . (Fig. 2). On observe la même interaction, significative, pour les solutions « moyen séjour » ( $F[1, 228] = 3,89, p < 0,05$  et « foyer logement » ( $F[1, 228] = 3,98, p < 0,05$ ).

## Discussion

Conformément à nos hypothèses, nos résultats montrent que le choix des solutions est bien influencé par des variables psychosociales que sont l'épuisement émotionnel et la compli-ance du patient. Sachant qu'une large proportion de médecins a un degré élevé d'épuisement émotionnel et que beaucoup se plaignent des attitudes des patients, ce résultat, outre son impact théorique a des répercussions pratiques évidentes.

L'épuisement émotionnel des médecins généralistes influe sur leur engagement relationnel quand ils ont affaire à une patiente non-compliante. Étant donné que les méde-

cins généralistes ont un degré de *burnout* particulièrement élevé et que nombre d'entre eux se plaignent des comportements non-compliants des patients, nos données soulignent qu'il est important de remédier au *burnout* des médecins généralistes, à la fois pour améliorer leur propre santé, mais aussi la qualité de leurs relations avec les patients. Tant au niveau des études universitaires que de la formation médicale continue, les médecins pourraient être davantage préparés à faire face aux comportements non-compliants des patients.

Ces résultats sont en accord avec la théorie de la conservation des ressources [5]. Le retrait psychologique et comportemental est une tentative de faire face à l'épuisement de ses ressources émotionnelles [3]. Quand les exigences professionnelles commencent à devenir trop importantes, l'individu réagira en se mettant à distance de la source de stress. C'est ce que nous observons au cours de cette recherche.

Certes, nos résultats ne révèlent qu'une influence de l'épuisement émotionnel et non des deux autres dimensions du *burnout*. On pouvait s'attendre à un effet de la dépersonnalisation, puisque cette dimension du *burnout* désigne le développement d'attitudes impersonnelles, voire cyniques envers les personnes prises en charge. Toutefois, l'épuisement émotionnel est la dimension centrale du *burnout* et la plus sensible aux stressors professionnels. Par ailleurs, si nos résultats concernant la dépersonnalisation ne sont pas significatifs, ils tendent dans le sens de l'hypothèse. En effet, la différence entre les groupes « faible dépersonnalisation » et « dépersonnalisation élevée » se situe entre  $p < 0,08$  et  $p < 0,12$  pour quatre des cinq solutions (aides à domicile, soins à domicile, maison de retraite et moyen séjour) et l'interaction dépersonnalisation\*compli-ance est égale à 0,08, 0,10 et 0,12 pour les solutions aide à domicile, soins à domicile, maison de retraite. Par ailleurs, en ce qui concerne l'accomplissement personnel, les recherches actuelles amènent les auteurs à considérer que cette dimension reflète davantage une caractéristique personnelle qu'un aspect du *burnout* [1,2,18].

Notre recherche comporte certaines limites. D'abord le taux de réponse est relativement faible. Il correspond toutefois à celui généralement observé dans ce type de recherche [23,24]. Par ailleurs, nous avons proposé aux médecins de réagir à chacune des solutions qui leur étaient proposées. Dans une recherche future, il pourrait être plus pertinent de mettre les participants face à un choix forcé, i.e., de leur demander d'indiquer la solution qu'ils choisiraient. Il serait par ailleurs utile de répliquer ce travail avec d'autres catégories d'effets relationnels dans la mesure où le retrait psychologique peut être corrélé avec la dépersonnalisation, la seconde dimension du *burnout*. Toutefois, à ce jour, les recherches ont montré que le retrait psychologique est bien une conséquence du *burnout* [13]. Enfin, bien que le cas de la patiente ait été construit et validé avec des médecins généralistes, il serait utile dans des recherches futures de mesurer le poids respectif des caractéristiques et des comportements du patient, d'une part, et de la compli-ance, d'autre part.

Si les recherches portant sur les causes du *burnout* sont nombreuses, on sait peu de choses sur les conséquences de ce syndrome psychologique [14]. Cette recherche exploratoire est la première à étudier explicitement le retrait

psychologique comme conséquence potentielle du *burnout* chez les médecins généralistes.

## Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

## Références

- [1] Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB. In search of the "Third Dimension" of burnout: efficacy or inefficacy? *Appl Psychol Intern Rev* 2007;56:460–78.
- [2] Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev* 1993;18:621–56.
- [3] Geurts S, Schaufeli WB, De Jonge J. Burnout and intention to leave among mental health-care professionals: a social psychological approach. *J Soc Clin Psychol* 1998;17:341–62.
- [4] Hanisch KA, Hulin CL. General attitudes and organizational withdrawal: an evaluation of causal model. *J Vocat Behav* 1991;39:110–28.
- [5] Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis; 1993.
- [6] Ito TA, Brotheridge CM. Resources, coping strategies, and emotional exhaustion: a conservation of resources perspectives. *J Vocat Behav* 2003;63:490–509.
- [7] Lawson DA, O'Brien RM. Behavioral and self-report measures of staff burnout in developmental disabilities. *J Organ Behav Manage* 1994;14:37–54.
- [8] Lee RT, Ashforth BE. A Meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996;81:123–33.
- [9] Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory manual*. 2nd Ed. CA: Palo Alto Consulting Psychologists Press; 1986.
- [10] McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *New England J Med* 1982;306:458–63.
- [11] Mizrahi T. Getting rid of patients: contradiction in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship. *Sociol Health Illness* 1985;7:214–35.
- [12] Sagie A, Birati A, Tziner A. Assessing the costs of behavioral and psychological withdrawal: a new model and an empirical illustration. *Appl Psychol An International Review* 2002;51:67–89.
- [13] Schaufeli WB, Buunk BP. Professional burnout. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *Handbook of work and health psychology*. New-York: Wiley; 1996. p. 513–27.
- [14] Schaufeli WB, Enzman D. *The burnout companion to study & practice. A critical analysis*. London: Taylor & Francis; 1998.
- [15] Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358–67.
- [16] Shirom A. Burnout in work organization. In: Cooper CL, Robertson I, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New York: Wiley; 1989. p. 25–48.
- [17] Shirom A. The effects of work-related stress on health. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *Handbook of work and health psychology*. 2nd Edition New York: Wiley; 2003. p. 63–83.
- [18] Shirom A. Job-related burnout: a review. In: Quick JC, Tetrick L, editors. *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. p. 245–64.
- [19] Shirom A, Melamed S, Toker S, et al. Burnout, mental and physical health: a review of the evidence and a proposed explanatory model. *Int Rev Industr Organ Psychol* 2005;20: 269–309.
- [20] Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152: 1423–33.
- [21] Taris TW, Schreurs PJG, Van Iersel-Van Silfhout IJ. Job stress, job strain, and psychological withdrawal among Dutch university staff: towards a dual process model for the effects of occupational stress. *Work & Stress* 2001;15:283–96.
- [22] Taris TW, Van Horn JE, Schaufeli WB, et al. Inequity, burnout and psychological withdrawal among teachers: a dynamic exchange model. *Anxiety, stress, and coping* 2004;17:103–22.
- [23] Truchot D. *Le burnout des médecins libéraux de Bourgogne*. Rapport de recherche pour l'UPMLB. Université de Reims, département de Psychologie ; 2001.
- [24] Truchot D. *Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne : charge de travail, orientation de carrière et prise de décision*. Rapport de recherche pour l'URMLC-A., Université de Franche-Comté, laboratoire de psychologie ; 2003.
- [25] Truchot D. *Épuisement professionnel et burnout*. Concepts, modèles, interventions. Paris: Dunod; 2004.
- [26] Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Sixma HJ. Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory. *J Soc Clin Psychol* 1994;13:86–100.