



La santé des vétérinaires français : une approche longitudinale

Deuxième Rapport de Recherche pour le Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires et Vétos-Entraide

Didier Truchot

Professeur Emérite de Psychologie Sociale, du Travail et de la Santé

Université de Bourgogne Franche-Comté

1. Introduction

Dans les lignes qui suivent, on trouvera la suite de la recherche sur la santé psychologique et physique au travail des vétérinaires français. En fait, ce second document s'inscrit dans la continuité du précédent, publié en mai 2022 et disponible sur les sites de l'Ordre des vétérinaires et de Vétos-entraide.

Lors du premier rapport de recherche, nous avons présenté les résultats des données recueillies grâce au premier questionnaire adressé à tous les vétérinaires français inscrits ou pas au Tableau de l'Ordre National des vétérinaires (ONV). (Pour désigner ce qui ressort de ce premier recueil nous parlerons de données, de résultats, ou de rapport « T1 » -pour Temps 1-). Il s'agissait de données **transversales** (le terme anglais « *cross-sectional* » est beaucoup plus parlant), c'est-à-dire recueillies simultanément.

Dans ce second rapport « T2 », (Pour Temps 2), nous présenterons les données recueillies **15 mois plus tard** lors du second questionnaire adressé aux vétérinaires. Mais pas seulement. L'essentiel se trouve dans la mise en relation des réponses aux deux temps, T1 et T2 ce qui nous permettra d'établir des liens de causalité. Autrement dit, avec ce second rapport nous présenterons une étude **longitudinale**. De fait, en concertation avec le Conseil National de l'Ordre des vétérinaires (CNOV) et Vétos-entraide, nous avons décidé, dès le départ de ce travail, de réaliser une recherche longitudinale afin de discerner avec une plus grande validité les processus qui contribuent à la détérioration de la santé des vétérinaires français.

Par ailleurs, nous élargirons notre propos en insistant sur les variables qui engendrent des idéations suicidaires chez les vétérinaires à travers notamment l'utilisation de deux théories dont nous verrons la pertinence, la théorie interpersonnelle du suicide et la théorie défaite – piégeage.

1.1. Pourquoi une étude longitudinale ?

Pour illustrer la différence entre méthode transversale et méthode longitudinale, la métaphore de la photo et du film est très parlante (Safi, 2011). Avec une méthode transversale, on enregistre une photo ponctuelle de la situation, des états, des comportements considérés, alors qu'avec une méthode longitudinale, on filme sur la durée le déroulé des processus.

Les études transversales permettent d'analyser de nombreuses variables à un moment donné, mais, étant statiques, elles ne fournissent pas d'information sur l'influence du temps sur les variables mesurées. Avec ce type de recherche, nous pouvons certes établir des relations entre les variables, mais nous ne pouvons pas établir avec certitude un lien de causalité entre elles.

De leur côté, les études longitudinales permettent de décrire des processus sur la durée, et d'analyser la dynamique des processus de changement. Pour une recherche comme la nôtre, elles permettent d'établir la direction et le sens de la causalité (Marcellus, 2004). C'est notamment cette propriété qui justifie l'utilisation d'une méthode longitudinale dans l'étude de la santé des vétérinaires. En effet, avec une seule étude transversale, celle que nous avons réalisée en T1 avec le premier échantillon de 3240 vétérinaires, nous n'étions pas toujours certains du sens de la causalité. Par exemple, nous avons trouvé une corrélation entre un stresser, la charge de travail perçue par les participants, et le burnout. Il semble logique de déduire que la charge de travail engendre le burnout. Mais ces deux variables ayant été recueillies au même moment, rien ne prouve, après tout, que ce ne soit pas l'inverse. N'est-ce pas aussi parce que certains participants ont un burnout élevé et donc des ressources affaiblies, que la charge de travail leur paraît particulièrement élevée, particulièrement insupportable ? Dans ce cas c'est le burnout qui est la cause d'une estimation élevée de la charge de travail. Difficile de trancher entre ces deux possibilités. Nous pouvons multiplier les exemples.

Alors qu'avec une méthode longitudinale, on peut vérifier si la charge de travail a un moment donné, produit bien (ou non) un burnout élevé plusieurs mois plus tard. Dans l'affirmative, on peut alors affirmer que cette charge de travail est bien une des causes du burnout. Ce raisonnement s'applique bien entendu à de nombreuses variables de notre étude, à savoir toutes celles destinées à prédire la santé des vétérinaires.

On comprend qu'en terme de préconisation, les études longitudinales présentent également un avantage certain sur les études transversales.

Dans ce second rapport nous aborderons donc le plus souvent les mêmes questions et les mêmes variables que dans le premier, par exemple, quels sont les stressers associés au burnout, aux idéations suicidaires. Nous verrons alors si les liens observés de façon statique, en T1, tiennent toujours au niveau du temps et si nous pouvons établir des relations causales. Quand ce sera le cas, nous approfondirons les interprétations au regard de la littérature internationale. Par ailleurs, comme énoncé plus haut, nous introduirons de nouvelles variables, liées notamment aux théories des idéations suicidaires et du suicide. De plus, de nouveaux facteurs de stress que nous détaillerons sont également apparus au cours de cette seconde série d'analyses.

Au fil du texte, nous illustrerons ou compléterons la présentation des résultats en insérant des propos rédigés par les vétérinaires en fin de questionnaire. Pour rappel celui-ci se terminait par l'invitation suivante :

Il est probable que ce questionnaire n'ait pas abordé des points qui vous tiennent à cœur. Si vous souhaitez les exprimer, vous pouvez le faire ci-dessous.

A la suite de quoi les vétérinaires disposaient d'une page pour noter ces points qui leur tenaient à cœur, et ceci même s'ils avaient été abordés dans le questionnaire.

1.2. Problème d'attrition.

Nonobstant leurs avantages évidents, un des problèmes que l'on rencontre avec les études longitudinales est que le taux de réponse diminue au fur et à mesure des passations. On nomme **attrition** ce décrochage de certains participants au cours d'une recherche. Avec le temps, la motivation à répondre à un nouveau questionnaire peut diminuer. Les raisons en sont variées : perte d'intérêt pour le sujet, événement professionnel, événement de vie, fatigue professionnelle, etc. Les raisons de ne pas répondre une deuxième fois, une troisième fois, sont variées.

Le taux d'attrition varie selon les études. Il peut aller jusqu'à 80%. Le problème est alors de savoir si ceux qui ont disparu aux deux temps, sont semblables, du point de vue des variables qui nous préoccupent, au reste de l'échantillon. Autrement dit, si les deux échantillons, initial et final sont comparables. Aussi, ce n'est pas seulement l'ampleur de l'attrition qui pose problème mais la différence entre les échantillons sur les variables critiques de l'étude.

Au paragraphe suivant, nous présenterons donc les caractéristiques de ce second échantillon et nous les comparerons à celles du premier.

-1.3. L'appariement des deux échantillons.

On se souvient que **3244** vétérinaires ont renseigné complètement le premier questionnaire envoyé, ce qui représentait un échantillon équivalent à 17.5% de la population totale des vétérinaires français. Parmi ces participants **91% ont donné leur accord pour participer à l'étude longitudinale**, c'est-à-dire à répondre à un nouveau questionnaire, T2.

Pour appairer les réponses des participants en T1 et en T2, nous avons proposé d'inscrire aux deux temps un code simple en suivant la consigne suivante : « (...) indiquer les deux premières lettres du prénom de votre mère, puis celles du prénom de votre père, ainsi que les nombres de votre mois et de votre année de naissance. Ex : Marie et Jean, décembre 1980 : MAJE121980 ». Il était encore précisé : « Si vous êtes né(e), lors des six premiers mois de l'année merci de faire précéder son chiffre d'un « 0 ». Par exemple Janvier « 01 », février « 02 », etc.

Votre code : (Mère, Père, mois de naissance, année de naissance)

/ / / / / / / / / / / / / /

Au total, 1450 personnes ont répondu au T2, soit 44% du premier échantillon, un pourcentage très satisfaisant. Malheureusement, parmi ces personnes, seules 674, ont indiqué correctement le code en question. Ce qui représente cette fois 21% du premier échantillon.

Néanmoins cela nous laisse un échantillon important pour pouvoir réaliser une étude longitudinale valide.

1.4. Les variables à prédire.

Pour étudier l'état psychologique et physique des vétérinaires nous avons retenu 4 critères de santé principaux à savoir, le burnout, les troubles du sommeil, les troubles somatiques et les idéations suicidaires. Grâce à l'étude longitudinale nous chercherons à mettre en évidence les variables qui permettent de prédire ces critères. Dans les lignes qui suivent nous définirons chacun de ces critères ainsi que la façon dont nous l'avons opérationnalisé. **Bien entendu, le lecteur informé peut directement passer au chapitre suivant.**

1.4.1. Le burnout.

Le burnout survient lorsque l'individu, à force d'être confronté à des stressés récurrents, finit par épuiser progressivement ses ressources, jusqu'au moment où il n'a plus aucune capacité à faire face aux demandes de son organisation, de ses collègues, de ses clients.

Il s'agit d'un syndrome psychologique qui comprend 3 dimensions :

-L'épuisement émotionnel, c'est-à-dire le fait d'être asséché affectivement et nerveusement, d'être vidé de ses ressources internes, d'avoir perdu toute motivation au travail. L'épuisement émotionnel correspond à un état dysphorique (le contraire de l'euphorie) proche de la dépression.

-Le cynisme. Avec l'épuisement émotionnel, l'individu n'a plus les ressources pour répondre aux exigences de ses collègues, de ses clients, de son organisation. Pour faire face à cette incapacité, il adoptera des attitudes et des comportements de mise à distance, de repli, de cynisme.

-L'efficacité professionnelle. Motivé et engagé initialement dans sa profession, l'individu n'y trouve plus d'intérêt, n'exerce plus ses compétences, n'en développe plus de nouvelles. Son efficacité professionnelle est réduite. Nous ne calculons donc pas un score unique de burnout, mais un score pour chacune de ces trois dimensions.

Le burnout a des conséquences multiples. Au niveau physique il est associé par exemple à l'hypercholestérolémie, au diabète de type 2, aux problèmes cardiovasculaires, à la fatigue prolongée. Au niveau psychologique c'est par exemple un des prédicteurs des symptômes dépressifs et des troubles du sommeil. Il est associé aux conduites addictives. Au niveau professionnel, il est en lien, entre autres, avec l'absentéisme, les conflits interpersonnels, et le manque d'efficacité. Il contribue aux conflits intrafamiliaux.

En T1 tout comme en T2, nous avons mesuré le burnout des vétérinaires. Nous pouvons ainsi établir des relations causales entre les stressors recueillis en T1 et le burnout évalué 15 mois plus tard. Identifier les facteurs qui prédisent le burnout des vétérinaires est évidemment un pas nécessaire pour améliorer leur qualité de vie, que ce soit au niveau professionnel ou privé. Nous avons mesuré le burnout avec une échelle validée au niveau international, le Maslach Burnout Inventory-General Survey – MBI-GS

1.4.2. Les troubles du sommeil.

Depuis le siècle dernier nous aurions perdu une heure de sommeil par 24 heures. Aux 20^{ème} et 21^{ème} siècles, les troubles du sommeil sont devenus un problème majeur de santé publique. En effet, un sommeil insuffisant détériore notre qualité de vie, notre santé, notre sécurité. Ce dysfonctionnement entraîne de nombreuses pathologies allant jusqu'au cancer (Mogavero, DelRosso, Fanfulla, et al., 2021). Il entraîne également une chute de notre productivité (e.g., Hillman, Mitchell, Streatfeild, et al., 2018 ; Streatfeild, Smith, Mansfield, Pezzullo, & Hillman, 2021). Si les causes des troubles du sommeil sont multifactorielles, néanmoins, notre mode de vie et nos conditions de travail, sont des contributeurs majeurs (Léger & Ogrizek, 2012).

Cependant, malgré les gardes de nuit dont ils se plaignent souvent, chez les vétérinaires, les troubles du sommeil ont peu été étudiés. Mais les quelques études disponibles doivent nous alerter. Par exemple, Rivera, Geronimo-Hara, LeardMann et al., (2021) ont étudié, entre autres, les troubles du sommeil auprès d'un échantillon de 7744 personnels de l'armée étasunienne, parmi lesquels figuraient 101 vétérinaires, 592 médecins et 149 dentistes. Les troubles du sommeil ont été identifiés en demandant aux participants s'ils rencontraient des difficultés à s'endormir ou à rester endormi au cours des quatre dernières semaines. Les résultats indiquent que les vétérinaires sont plus nombreux (52.5%) à ressentir des troubles du sommeil, comparativement aux médecins (32%) ou aux dentistes (31.5%).

Il nous a donc paru opportun d'étudier la santé des vétérinaires français en considérant également leurs éventuels troubles du sommeil.

Ces troubles recouvrent un large spectre pouvant aller de la sensation de mauvais sommeil à l'insomnie qui conduit à des somnolences récurrentes au travail (Léger & Ogrizek, 2012). Mais il ne s'agissait pas dans cette recherche d'étudier dans le détail tous les aspects cliniques de ces perturbations, sinon au risque d'étirer un questionnaire déjà très long, mais de nous centrer sur les symptômes à la fois les plus courants mais également les plus significatifs d'un point de vue épidémiologique. C'est précisément ce que propose l'échelle de Jenkins, Stanton, Niemcryk, & Rose, (1988). Composée de quatre items, elle sonde trois formes habituelles que prennent les troubles du sommeil à savoir, retard d'endormissement, difficulté à rester endormi ou se réveiller trop tôt auxquelles les auteurs ont ajouté le fait se sentir fatigué après la quantité habituelle de sommeil.

Cette échelle, malgré son ancienneté, est loin d'être obsolète. Au contraire elle est devenue un outil de mesure largement utilisé internationalement pour évaluer les troubles du sommeil. A titre d'exemple, elle vient d'être validée récemment auprès de la population allemande (Tibubos, Zenger, Schmalbach, Beutel, & Brähler (2020) et auprès d'un échantillon représentatif des médecins et personnels de soins infirmiers péruviens (Villarreal-Zegarra, Torres-Puente, Otazú-Alfaro, Al-kassab-

Córdoba, de Castro, & Mezones-Holguín, 2022). En français, nous l'avons validée auprès d'un échantillon de 2536 étudiants universitaires (Truchot, Andela, & Takhiart, 2021) et auprès d'un échantillon de plus de 6000 masseurs kinésithérapeutes (Truchot & Mudry, 2019).

En T1 et T2, le questionnaire adressé aux vétérinaires incluait donc le passage suivant :

Les prochaines questions concernent votre sommeil.

Merci de cocher le nombre de fois que l'événement s'est produit au cours du dernier mois en adoptant le système suivant

0 = Jamais	1 = 1-3 fois	2 = 4-7 fois	3 = 8-14 fois	4 = 15-21 fois	5 = 22-31 fois
------------	--------------	--------------	---------------	----------------	----------------

1. Au cours du dernier mois, vous avez eu du mal à vous endormir ?
2. Au cours du dernier mois, vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois dans la nuit ?
3. Au cours du dernier mois, vous avez eu du mal à rester endormi(e) (y compris en vous réveillant beaucoup trop tôt) ?
4. Au cours du dernier mois, après votre quantité habituelle de sommeil, vous vous êtes réveillé(e) fatigué(e) et épuisé(e) ?

1.4.3. Les troubles somatiques.

Dans les recherches sur les risques psychosociaux, on continue le plus souvent à isoler les facteurs psychologiques et à les déconnecter des éléments somatiques. Rares sont les études qui relient les uns aux autres. Pourtant, et y compris au travail, les liens de causalité entre troubles somatiques et troubles psychologiques sont avérés.

D'abord il est établi que l'épuisement professionnel engendre des symptômes somatiques. En Suède, Hammarström, Rosendahl, Gruber, & Nordin, (2023) ont comparé deux groupes : le premier est constitué de 687 personnes atteintes de burnout, le second de 2544 personnes non frappées par ce syndrome. Les comparaisons montrent que les symptômes somatiques (e.g., sensation de fatigue, maux de dos, douleurs aux articulations et aux membres, troubles du sommeil, maux de tête, douleurs à l'estomac, nausée, constipation, diarrhée) étaient plus répandus dans le premier groupe. En Suisse, von Känel, Princip, Holzgang, Fuchs, van Nuffel, Pazhenkottil, & Spiller, (2020), ont montré auprès d'un échantillon de 5671 participants que le burnout était associé à l'accroissement des troubles somatiques.

Parallèlement, il a été démontré que les symptômes somatiques sont associés à une augmentation des idées suicidaires et des tentatives de suicide. (Cf. la revue de questions récentes de Torres, Löwe, Schmitz, Pienta, Van Der Feltz-Cornelis, & Fiedorowicz, 2021). Dans une recherche auprès de 1890 médecins généralistes répartis sur 5 régions françaises, nous avons démontré que l'épuisement émotionnel, la dimension centrale du burnout était associé aux idées suicidaires non pas directement mais via le nombre de symptômes somatiques rapportés. (Truchot, Lheureux & Borteyrou, 2014).

Cherchant à prédire le burnout et les idées suicidaires des vétérinaires français, il nous a donc paru important d'inclure une mesure des symptômes somatiques. Bien entendu, comme pour les troubles

du sommeil, nous ne pouvions pas nous lancer dans une investigation approfondie des problèmes somatiques des vétérinaires. Néanmoins, il nous fallait une mesure qui évolue fidèlement l'état de santé générale des participants. Nous avons choisi la sous-échelle *Somatisation* du *Symptom Check List -90-Revised* de Derogatis (Derogatis & Melisaratos, 1983 ; Derogatis & Savitz, 1999). Cette échelle évalue dans quelle mesure la personne a été perturbée par 12 problèmes de santé différents :

Consignes :

Voici une série de problèmes qui peuvent se présenter dans votre vie.

Pourriez-vous cocher la case indiquant le degré selon lequel chacun de ces problèmes vous a perturbé(e) au cours des mois précédents ? Ces problèmes m'ont perturbé (e) :

Pas du tout 1, Un peu 2, Assez à beaucoup 3, Enormément 4.

Items :

1. Maux de tête
2. Défaillance ou vertiges
3. Douleurs cardiaques ou douleurs dans la poitrine
4. Nausées ou douleurs d'estomac
5. Douleurs dans le bas du dos
6. Douleurs musculaires
7. Difficultés respiratoires
8. Sueurs froides ou bouffées de chaleur
9. Fourmillements ou picotements
10. Gorge nouée
11. Faiblesse dans certaines parties du corps
12. Lourdeur dans les bras ou les jambes

Nous avons donc inclus cette mesure à la fois en T1 et en T2.

1.4.4. Les idéations suicidaires.

Le terme « idéations suicidaires » (on parle également de « pensées » ou d'« idées » suicidaires) renvoie à un ensemble d'idées, de souhaits, de préoccupations relatifs à la mort et au suicide (e.g., Harmer, Lee, Duong & Saadabadi, 2020). Les idéations suicidaires sont en lien avec la santé générale, l'obésité, et les mauvais comportements de santé (tabac, alcool),) à l'hypertension, le diabète, la polyarthrite rhumatoïde. Elles sont associées à la qualité de vie et aux états dépressifs. (Jaffe, Rive, & Denee, 2019). Bien entendu elles sont liées aux suicides, même si elles n'y conduisent pas nécessairement.

Certains chercheurs considèrent que les idéations suicidaires représentent une étape d'un continuum qui va d'un état dépressif, et progresse ensuite vers des désirs de mort passifs, puis des pensées suicidaires et finalement des tentatives de suicide. (Harmer, Lee, Duong & Saadabadi 2020). Dans tous les cas, elles traduisent un état de désespoir chez les individus. La profession vétérinaire connaissant un taux de suicide important, c'est par le biais des idéations suicidaires que nous avons étudié cette question. Nous avons mesuré les idéations suicidaires grâce à l'échelle de Garrison, Addy, Jackson, McKeown, et Waller adaptée en français par Chabrol et Choquet (2009). Elle est composée de 3 items :

1. J'ai eu l'impression que ma vie ne mérite pas d'être vécue :
2. J'ai eu envie de me faire du mal :
3. J'ai eu envie de me suicider :

Les participants devaient répondre avec à l'esprit les dernières semaines écoulées.

1.5. Les variables prédictives.

Les variables prédictives (ou variables indépendantes) retenues pour cette recherche renvoient à la fois aux caractéristiques intra-individuelles (e.g., facteurs de personnalité) et aux caractéristiques situationnelles (e.g., caractéristiques du poste de travail, stressseurs professionnels).

Au niveau intra-individuel, nous avons bien entendu retenu les variables socio-démographiques, qui sont, pour reprendre le langage expérimental, des variables « invoquées » ou encore « étiquettes » : l'âge, le genre, etc. Bien entendu, nous avons aussi intégré les variables liées aux différents statuts et qui pouvaient influencer la santé psychologique et physique : vivre seul ou en couple, avoir des enfants, etc. A ce niveau nous avons également retenu des facteurs de personnalité, à savoir **le noyau de l'évaluation de soi** et le **workaholisme**.

1.5.1 Le noyau de l'évaluation de soi.

Le concept de **noyau de l'évaluation de soi**, proposé par Judge, Locke, et Durham (1997), renvoie à l'évaluation que les individus font de leur propre estime de soi, de leurs compétences et de leurs capacités dans le domaine du travail. Nous fournissons une définition plus complète de ce construct au chapitre VII. (Cf. également le premier rapport de recherche pour le CNOV et Vétos-Entraide). Vus les objectifs de cette recherche, ce concept nous a paru particulièrement pertinent. En effet, nous voulions identifier le poids respectif des facteurs psychologiques intra-individuels d'une part et des facteurs liés au travail d'autre part, dans l'évolution de la santé psychologique et physique des vétérinaires. Or le concept de noyau de l'évaluation de soi a non seulement l'intérêt d'être suffisamment général et non limité à un aspect particulier qui limiterait son pouvoir explicatif, (il regroupe quatre dimensions, l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, la stabilité émotionnelle et le locus de contrôle), mais en plus d'être conçu pour prédire les comportements et les émotions au travail.

1.5.2. Le workaholisme.

Lors du premier rapport, nous avons exposé les raisons qui nous conduisaient à émettre l'hypothèse que le workaholisme était un trait largement répandu chez les vétérinaires. Il s'agit d'une caractéristique individuelle décrite par certains comme un trait de personnalité, par d'autres comme une addiction comportementale. (Cf. Truchot, Bobillier-Chaumon, Auzoult et Andela, 2024). Quoi qu'il en soit, tout le monde s'accorde sur le fait que les workaholiques sont des individus qui travaillent de manière excessive, mais surtout de manière compulsive, et que ces conduites, plutôt que d'accroître la production et bénéficier à tous, ont des effets délétères sur la santé de l'individu, de ses collègues, de ses

proches et de son organisation. Comme pour le noyau de l'évaluation de soi, nous avons déjà fourni une définition de ce concept lors du premier rapport et nous y revenons également au chapitre VII. Nous y renvoyons le lecteur.

1.5.3. Les variables liées au travail.

Concernant le contenu et l'environnement du travail, nous avons créé une échelle de stressors spécifique aux vétérinaires. Nous l'avons exposée lors du premier rapport de recherche et nous la présentons à nouveau au chapitre 5 de ce rapport. Les détails de la validation statistique et des qualités psychométriques de cette échelle (Analyse Factorielle Exploratoire, Analyse Factorielle Confirmatoire, etc., sont présentés en Annexe de ce document). Rappelons simplement ici que huit facteurs de stress ont été identifiés :

- 1) La Charge de travail et l'Interface Vie Professionnelle-Vie Privé.
- 2) La Négligence, maltraitance des Clients envers Animaux.
- 3) La Charge émotionnelle face à la détresse des propriétaires d'animaux.
- 4) Les Problèmes financiers du vétérinaire.
- 5) Les Conflits, tensions avec les collègues.
- 6) La Peur de l'erreur.
- 7) La Peur des blessures.
- 8) Les Interruptions pendant son activité.

Concernant le travail, nous avons également pris en compte la spécialité des individus, leur statut professionnel (salarié, libéral...), etc. Ceci sans oublier les caractéristiques « objectives » du travail que sont, l'amplitude horaire hebdomadaire, le nombre de clients reçus par jour, le nombre de gardes de nuit et de week-end effectuées, mensuellement, le nombre de jours de congés, le présentisme, etc.

1.5.4 Les variables de suicidalité.

Dans ce second rapport, nous introduisons les variables liées à deux théories psychologiques du suicide, à savoir la théorie interpersonnelle du suicide de Joiner (2005), et le modèle intégré motivationnel-volontaire du comportement suicidaire de Gilbert et Allan (1998). Nous développons ces deux théories et leur pertinence pour mieux comprendre la survenue des idéations suicidaires chez les vétérinaires au chapitre 6.

Pour la première de ces deux théories, 3 facteurs de risque seraient à la base des conduites suicidaires :

- D'abord la perception d'être un fardeau pour ses proches,
- Ensuite l'appartenance contrariée (ou frustrée, on trouve encore parfois le terme « empêchée ») qui renvoie au sentiment de solitude douloureuse, d'être déconnecté des autres, séparé d'eux, et à l'absence de relation de réciprocité, de bienveillance mutuelle.

Enfin la capacité acquise à se suicider qui explique le passage des idéations suicidaires à la tentative de suicide et au suicide accompli. Cette capacité dépend de deux facteurs, d'une part l'absence de peur face à la mort, d'autre part l'accroissement de la tolérance à la douleur. Avoir été confronté à des

événements douloureux, psychologiques ou physiques, anxiogènes, avoir commis une tentative de suicide antérieure, accroissent cette capacité à se donner la mort donc le risque d'un passage à l'acte réussi.

Pour la seconde théorie, le suicide provient de deux éléments, la perception d'être dans une situation de défaite et la perception d'être piégé. L'idée de défaite correspond aux sentiments d'impuissance de lutte ratée. Le sentiment d'être piégé survient lorsque la motivation à s'échapper de la situation menaçante ou stressante est bloquée car la situation est perçue comme inévitable, irrévocable, sans possibilité d'en sortir, que ce soit par sa propre volonté ou par l'intervention d'autrui (Taylor et al., 2011).

Nous verrons à travers des verbatim et des analyses quantitatives combien ces deux théories sont pertinentes pour comprendre les idéations suicidaires chez les vétérinaires.

2. Les échantillons en T1 et en T2

2.1. Quelles sont les caractéristiques de l'échantillon T2.

Comme nous l'avons fait pour le premier rapport, nous commencerons par indiquer les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles de notre échantillon T2. Ceci nous permettra d'une part de les comparer avec la population générale des vétérinaires et d'autre part avec le premier échantillon T1.

2.1.1. Les variables socio-démographiques.

Concernant le **genre**, notre échantillon est composé de 185 hommes (27.4%) et 489 femmes (72.6%). Nous avons déjà rencontré cette disproportion en T1. En effet, en T1, les femmes représentaient 68.5% de l'échantillon. Elles sont proportionnellement, plus nombreuses encore à avoir répondu au T2. La surreprésentation des femmes s'est donc accentuée. Rappelons qu'au 31 décembre 2020, les femmes constituaient 55.6% de la population des vétérinaires français. Et au 31 décembre 2021, elles représentaient 57,1 % de la population des vétérinaires inscrits et 73,9 % dans la population des moins de 40 ans, soit une progression de 6,24 % de la population de femmes vétérinaires sur la période 31 décembre 2020 à 31 décembre 2021. (Cf. l'atlas démographique de la profession vétérinaire 2022).

(Mais la situation française n'est pas une exception. Par exemple au Canada, en 2023, les femmes représentent plus de 61% de la profession).

Quoi qu'il en soit, on observe souvent dans ce type de recherche que les femmes répondent davantage que les hommes. Elles se sentent plus concernées, sont plus proactives, quand il s'agit de santé. Par exemple dans l'étude de Nett et al., (2015) auprès de 11 627 vétérinaires étasuniens, la proportion des femmes qui ont répondu est de 12% supérieures à la proportion des femmes dans la profession.

Concernant l'**âge**, la moyenne est de 40.7 ans (écart-type = 10.4) pour une étendue allant de 23 à 68 ans. Cette moyenne était de 41.4 ans en T1. Et nous avons alors pointé que cet âge moyen était légèrement plus jeune que celui de la population des vétérinaires en 2020 (M=43.3 ans). Ceci s'explique par le fait que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir renseigné le questionnaire. En T1, leur âge moyen est de 38.7 ans vs. 47.3 ans pour les hommes. ($F(1, 3240) = 460,77, p < .0001$). En T2, leur âge moyen est de 38.6 ans alors que celui des hommes est de 46.1 ans ($F(1, 672) = 76.57, p < .000$).

2.1.2. Vivre seul, vivre en couple

En T2, 23.3% des répondants (N= 157) vivent seuls, et donc 76.7% vivent en couple (N= 517). Cette répartition est proche de celle observée en T1 puisque dans notre échantillon initial, 78.5% des participants vivaient en couple (et donc 21.5% vivaient seuls).

En T2, 60.5% de ceux qui vivent en couple ont des enfants à charge (Ils étaient 57.5% en T1). Et 26.8% de ceux qui vivent seuls ont également des enfants à charge (Ils étaient 24.7% en T1).

En T2, 24.8% de ceux qui vivent en couple ont un conjoint vétérinaire. Ce pourcentage était de 22.5% en T1. Parmi ceux dont le conjoint est vétérinaire, pour 43.2%, il travaille dans le même structure (N=60). Ce pourcentage était de 57% en T1.

Donc, si on s'en tient aux caractéristiques sociodémographiques, il n'y a pas d'écart notable entre nos deux échantillons.

2.1.3. Les départements d'origine.

A deux exceptions près, le 45 (Loiret), et le 48 (Lozère), tous les départements de la métropole sont représentés. A ceux-là s'ajoutent des vétérinaires de la Guadeloupe (N=3), de la Guyane (N=1) et de la Réunion (N=6). Deux participants ont simplement indiqué « 97 », ce qui ne permet pas de savoir à quel département et région d'outre-mer, ils appartiennent.

2.2. Les scores des variables de santé en T1 et T2.

Dans les lignes qui suivent, nous aborderons les variables de santé présentées plus haut, i.e., le burnout, les troubles du sommeil, les troubles somatiques et les idéations suicidaires.

2.2.1. Les corrélations entre T1 et T2

Dans un premier temps, on observe que les scores de burnout en T1 et T2 sont fortement corrélés, ce qui reflète la chronicité du phénomène. Ceux qui avaient un score élevé d'épuisement émotionnel en T1, sont également ceux qui ont un score élevé en T2, c'est à dire 15 mois plus tard. La corrélation est de $r=.64$. On observe le même type de résultat en ce qui concerne le cynisme ($r=.58$) et l'efficacité professionnelle ($r=.58$). Dans tous les cas, $p<.001$.

	Epuisement émotionnel T2	Cynisme T2	Sommeil T2	Troubles somatiques T2	Idéations suicidaires T2	CSES T2
Epuist émot. T1	.64	.45	.39	.46	.33	.49
Cynisme T1	.36	.58	.22	.27	.33	-.40
Sommeil T1	.43	.28	.64	.45	.30	-.31
Toubles So- mati. T1	.39	.33	.35	.66	.31	-.37
Idéations sui- cid. T1	.33	.32	.27	.39	.61	-.42
CSES T1	-.44	-.38	-.31	-.38	-.38	.74

Tableau 2.1. Corrélations entre les variables de santé en T1 et en T2.

On observe des corrélations aussi élevées concernant les troubles du sommeil ($r=.64$). Il s'agit donc d'un mal persistant. On peut dire la même chose concernant les troubles somatiques ($r=.66$).

Quant aux idéations suicidaires elles demeurent également stables à travers le temps ($r=.61$).

A contrario, nous avons inclus dans le tableau de corrélation les facteurs de personnalité, c'est-à-dire le **noyau de l'évaluation de soi**. (On parle encore de **concept de soi positif**). On observe également une stabilité du phénomène ($r=.74$), ce qui, concernant ce facteur, est un résultat hautement attendu. Même si les caractéristiques qui le composent, en particulier l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle généralisée et le locus de contrôle peuvent varier en fonction des circonstances (un échec professionnel peut ébranler l'estime de soi), on s'attend bien entendu à une stabilité des composants de la personnalité au fil du temps.

Autrement dit, dans l'ensemble, les vétérinaires en moins bonne santé en T1 demeurent ceux qui sont en moins bonne santé 15 mois plus tard, qu'il s'agisse du burnout, des problèmes de sommeil, des troubles somatiques ou des idéations suicidaires. Et inversement pour ceux dont la santé était bonne en T1.

2.2.2. La stabilité des scores entre T1 et T2.

Toutefois, lorsque l'on se penche non plus sur le lien entre les scores de santé aux deux temps de l'étude, mais aux moyennes des scores entre ces deux temps, alors on observe une diminution des scores entre T1 et T2 pour certaines variables. C'est le cas pour l'épuisement émotionnel, les troubles du sommeil et les idéations suicidaires. Mais ce n'est pas le cas pour le cynisme, l'efficacité professionnelle, les troubles somatiques, ni pour le concept de soi positif.

-l'épuisement émotionnel. En effet les participants qui ont répondu aux deux questionnaires ont un score d'épuisement émotionnel de 17.1 en T1 alors qu'en T2 ce score passe à 15.1. La différence est significative : $t(659) = 8.03, p < .0001$.

Concernant le cynisme en revanche, le score moyen en T2 ($M=12.6$) est supérieur au score moyen en T1 ($M=12.1$). Mais la différence n'est pas significative, ce n'est qu'une tendance : $t(598) = -1.85, p < .07$. En ce qui concerne l'efficacité professionnelle, il n'y a aucune différence entre T1 et T2 ($M=28.2$ vs. $28.3, t(600) = -.23, NS$).

Autrement dit, alors que la dimension essentielle du burnout, l'épuisement émotionnel, diminue significativement entre T1 et T2, ce n'est pas le cas pour le cynisme qui tend à augmenter. Mais il n'y a aucune différence en ce qui concerne l'efficacité professionnelle.

	Echantillon Global T1 N= 3240	Echantillon longi- tudinal en T1 N= 674	Echantillon longi- tudinal en T2 N=674
Epuisement émo- tionnel	M =16.8 sd =8.15	17.1 (sd=8.0)	15.1 (sd=7.74)
Cynisme	12.3 sd = 6.97	12.1 (sd=6.9)	12.6 (sd=6.95)
Efficacité profes- sionnelle	27.9 Sd= 6.12	28.2 (sd=5.9)	28.1 (sd=6.2)

Tableau 2.2. Moyennes des scores de burnout en T1 et T2.

(Rappelons toutefois que les scores d'épuisement émotionnel en T1 et T2 sont fortement corrélés : $r = .64, p < .0001, (r^2 = .40)$. Ce qui signifie que les participants de T1 qui ont un épuisement émotionnel élevé ont également un score élevé sur cette dimension en T2. Et que ceux qui ont un score faible en T1 ont également un score faible en T2.)

-Les troubles du sommeil et les idéations suicidaires.

On observe également une diminution des troubles du sommeil entre T1 et T2. Les scores passent de 13.09 à 9.0 et des idéations suicidaires, les scores passant de 4.3 à 1.2.

-Les Idéations suicidaires.

	Echantillon global T1	Echantillon longitudinal en T1	Echantillon Longitudinal en T2
J'ai eu l'impression que ma vie ne mérite pas d'être vécue]	M= 1.65 Sd= .95 ; N= 3218	M=1.67 Sd=.994 ; N= 669	M=.57 Sd=.844 ; N=674
J'ai eu envie de me faire du mal	M=1.34 Sd= .70 ; M= 3207	M=1.35 Sd=.726 ; N= 667	M=.34 Sd=.708 ; N=673
J'ai eu envie de me suicider	M=1.30 Sd= .64 ; M=3209	M=1.32 Sd= .682 ; N=669	M=.30 Sd=.620 ; N=672
Total	M=4.38 Sd= .64 ; N=3184	M=4.31 Sd= 2.13 ; N=672	M=1.19 Sd= 2.138 ; N=662

Tableau 2.3. Scores d'idéations suicidaires en T1 et en T2

-Les troubles somatiques et le noyau de l'évaluation de soi.

En revanche, les scores de troubles somatiques restent identiques à 15 mois d'intervalle : la moyenne est de 20.7 en T1 et 21.4 en T2. Le noyau de l'évaluation de soi montre également un score stable (36.07 en T1 vs 35.6 en T2).

Plusieurs pistes s'offrent à nous pour comprendre ces résultats.

La pandémie de COVID-19 a-t-elle contribué à accroître les scores de certaines variables en T1 ?

On peut se demander dans quelle mesure la proximité de la pandémie de COVID-19 et du confinement a joué sur ces résultats. Le premier questionnaire (T1) a été envoyé en juin 2021, c'est à dire à proximité de la pandémie, alors que le second questionnaire (T2) a été envoyé 15 mois plus tard. On peut alors supposer que les inquiétudes liées à la contamination se sont estompées dans le temps, contribuant à une baisse de l'épuisement émotionnel et d'autres variables. Nous pouvons vérifier en partie cette

hypothèse dans la mesure où en T1, nous avons posé une série de 8 questions (alpha de Cronbach = .85) concernant les attitudes vis-à-vis de la Covid-19. Par exemple :

« Au travail, je prends constamment des précautions pour prévenir l'infection (me laver les mains, éviter tout contact avec personnes, en évitant les poignées de porte) » ; « Au travail, je crains d'attraper la Covid-19 en touchant quelque chose (par exemple, une poignée de porte, stylo, etc.) » ; « Au travail, j'ai peur que si quelqu'un tousse ou éternue près de moi, j'attrape le virus » ;

Or en fait, les corrélations entre la variable « peur de la contamination », recueillie en T1 d'une part et les mesures du burnout, des troubles du sommeil, ou des idéations suicidaires recueillies en T1 et en T2 ne varient pas. Autrement dit, l'association entre la crainte du virus en T1 et le burnout en T1 est identique à celle que l'on observe entre la crainte du virus en T1 et le burnout en T2. Idem pour les variables troubles du sommeil et idéations suicidaires.

Donc on ne peut expliquer les scores plus faibles en T2 par la crainte du virus qui se serait estompée entre T1 et T2

	Epuist Emotionnel T1	Epuist-Emotionnel T2	Troubles du sommeil T1	Troubles du sommeil T2	Idéations suicidaires T1	Idéations suicidaires T2
Crainte Covid-19 en T1	.21	.20	.13	.15	.05	.06

Tableau 2.4. Corrélations entre la crainte de la COVID en T1 et les variables de santé en T1 et en T2

Des effets de halo (de contamination) ou de priming.

Une autre explication nous est fournie par les travaux sur les biais cognitifs. Dans le questionnaire T1, les items concernant les stressseurs perçus par les participants apparaissaient au début, juste après les questions socio-démographiques et les questions concernant les caractéristiques du travail (spécialité, nombre d'heures travaillées par semaine, etc.). Ces stressseurs auxquels les participants devaient réagir (e.g., « *Je trouve difficile de remplir mes obligations familiales à cause de mon travail* », « *J'appréhende de prendre une mauvaise décision clinique* », « *Il m'arrive de me sentir en danger pendant les gardes de nuit* », « *Les avis négatifs sur les réseaux sociaux sont une source de pression* ») étaient au nombre de cinquante ; Et les mesures des idéations suicidaires, du burnout, des troubles du sommeil, etc., venaient ensuite.

Il est probable que la lecture de ces stressseurs et le temps pris pour y répondre aient activés en mémoire les moments les plus stressants, les plus difficiles de la vie professionnelle des participants ainsi que les états affectifs qui leur sont associés. Par conséquent, lorsqu'ensuite, ces participants ont répondu aux questions sur le burnout (ou sur les idéations suicidaires et les troubles du sommeil) leurs réponses ont pu être influencées par la mémoire de ces moments pénibles. Etant donné qu'en T2, les stressseurs n'étaient plus inclus dans le questionnaire, cet effet n'a pas été activé et par conséquent les scores recueillis sur les échelles de burnout, d'idéations suicidaires et de troubles du sommeil sont

plus bas. (On verra bien toutefois qu'il y a un lien de cause à effet entre les stressors perçus en T1 et la santé psychologique en T2.

Il est à noter que si les effets exposés ci-dessus concernent, entre autres, la première dimension du burnout, i.e., l'épuisement émotionnel, ils n'influencent ni le cynisme, ni l'efficacité professionnelle, les deux autres dimensions de l'épuisement professionnel. Peut-être est-ce dû au fait que l'épuisement émotionnel, comme son nom l'indique, est plus sensible à la mobilisation des émotions comparativement au cynisme et à l'efficacité professionnelle.

Bien entendu, quelle que soit l'origine de ces effets, ils n'entravent en rien l'analyse des liens de causalité entre les T1 et T2.

2.3. Conclusion.

Dans notre échantillon T2, les femmes sont surreprésentées. Mais c'est ce qu'on observe généralement dans les études sur la santé, y compris chez les vétérinaires. Les analyses corrélationnelles révèlent de fortes corrélations concernant les variables de santé entre T1 et T2, (Burnout, symptômes somatiques, troubles du sommeil, idéations suicidaires) ce qui traduit l'aspect chronique des problèmes de santé chez les vétérinaires qui en sont affectés. Toutefois nous avons vu que les scores de burnout, de troubles du sommeil et d'idéations suicidaires sont plus faibles en T2 comparativement à T1. Nous pouvons expliquer ce phénomène en partie par des effets de priming ou de cadrage présent en T1. Cependant, en ce qui concerne les troubles somatiques et le noyau de l'évaluation de soi, les scores demeurent stables.

3. La santé au travail des vétérinaires

L'influence des variables socio-démographiques.

Comme nous l'avons fait lors du premier rapport, nous étudierons ci-dessous l'influence des variables sociodémographiques. Mais ici, à plusieurs reprises, nous approfondirons les analyses et situerons nos résultats au regard de la littérature internationale sur les vétérinaires. Nous espérons donc que le lecteur n'éprouvera pas de sentiment de redondance.

Avant d'aborder l'influence des variables psychosomatiques sur la santé, examinons le lien entre chacune de ces variables. Le tableau 3.1 ci-dessous nous indique leurs corrélations à la fois en T2 (au-dessus de la diagonale), mais également en T1 (en dessous de la diagonale).

	Epuist Emotion	Cynisme	Efficacité prof.	Troubles Somatiques	Troubles Sommeil	Idéations suicidaires
Epuist émotion	<i>////</i>	.60	-.32	.55	.57	.44
Cynisme	<i>.53</i>	<i>////</i>	-.39	.44	.38	.41
Efficacité prof.	<i>-.25</i>	<i>-.31</i>	<i>////</i>	-.28	-.17	-.31
Troubles Somat.	<i>.51</i>	<i>.30</i>	<i>-.15</i>	<i>////</i>	.50	.45
Toubles Sommeil	<i>.52</i>	<i>.30</i>	<i>-.13</i>	<i>.46</i>	<i>////</i>	.38
Idéations suicidaires	<i>.41</i>	<i>.41</i>	<i>-.28</i>	<i>.38</i>	<i>.36</i>	<i>////</i>

Tableau 3.1 : corrélations entre les variables de santé en T2 (au-dessus de la diagonale et en caractères gras) et en T1 (en dessous de la diagonale et en italiques). Toutes les corrélations sont significatives à $p < .001$.

Comme on le constate, il y a de fortes associations entre ces variables que ce soit en T1 ou en T2. Par exemple en T2 l'épuisement émotionnel est associé aux troubles somatiques ($r=.55$) aux troubles du sommeil ($r=.57$) et aux idéations suicidaires ($r=.44$). De leurs côtés les troubles somatiques sont associés aux troubles du sommeil ($r=.50$) et aux idéations suicidaires ($r=.45$). Tout se passe donc comme si l'ensemble de ces troubles formait une spirale descendante, un trouble en amenant un autre.

D'ailleurs on constate également d'aussi fortes associations lorsque l'on calcule les corrélations de ces mêmes variables entre T1 et T2, comme nous l'avons vu précédemment.

3.1 L'influence des variables sociodémographiques.

3.1.1 Le genre.

Y a-t-il un effet du genre sur la santé psychologique des vétérinaires ?

-Genre et burnout.

Comme en T1, on observe en T2 que les femmes ont un **épuisement émotionnel** significativement supérieur aux hommes. (M= 15.7 vs. 13.3, $F(1, 664) = 13.6, p < .000$). Il s'agit donc bien d'un résultat stable chez les vétérinaires français. Par ailleurs, ce résultat est encore confirmé directement ou indirectement par plusieurs recherches conduites à l'étranger. Fritschi, Morrison, Shirangi et Day (2009), auprès de 2125 vétérinaires australiens observent que les hommes ont moins de symptômes de détresse, de dépression et d'anxiété mesurés par le GHQ. Auprès d'un échantillon de 5020 vétérinaires étasuniens, Ouedraogo, Lefebvre, Hansen & Brorsen, (2021) trouvent que les femmes ont un burnout plus élevé que les hommes. On peut encore se reporter aux travaux aussi récents de Scotney, McLaughlin & Keates (2019) et de Perret, Best, Coe, Greer, Khosa & Jones-Bitton (2020) qui observent également un burnout plus élevé chez les femmes vétérinaires comparativement aux hommes.

Alors que la profession connaît une très forte féminisation, ces résultats doivent nous alerter.

Nous avons avancé trois hypothèses **non exclusives** pour expliquer ces différences. Après un bref rappel de celles-ci, nous en proposerons une quatrième.

-D'abord les femmes, en plus de l'activité professionnelle, ont un investissement beaucoup plus important au niveau des tâches domestiques. Cet investissement, source de fatigue, diminue les ressources, l'énergie disponible pour répondre aux exigences professionnelles. Le travail devient donc plus pénible et source d'épuisement. En témoigne ce verbatim :

« La charge mentale et émotionnelle : le travail se poursuit en rentrant à la maison : - tâches ménagères, ... avec une pensée particulière pour la plupart des femmes en couple actuellement »

-Ensuite, au travail, les femmes font face à des pressions psycho-sociales diverses, notamment les stéréotypes sexistes qui leur dressent des réputations d'infériorité. Ces verbatim recueillis en T2 illustrent ce phénomène :

« Je suis très amère face à cette profession machiste »

« Le manque de considération de mes confrères masculins »

« Le salarié vétérinaire : - le salarié féminin sous les "ordres" souvent masculins »

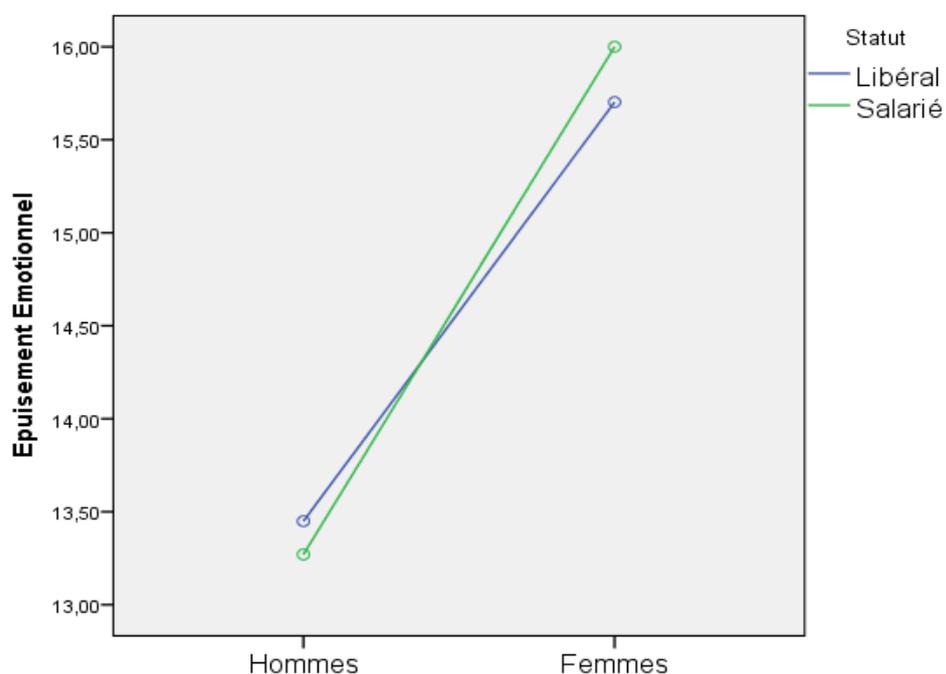
« Discrimination homme femme au travail »

« J'ai souvent été rabaissée par des confrères à cause de mes choix professionnels, ça a été souvent dur de travailler avec des hommes qui ne comprennent pas la difficulté de la carrière des femmes : souvent les mêmes qui reprochent aux consœurs de ne pas travailler à temps plein alors que leurs femmes ne travaillent pas ! »

Il est vrai que dans bien des groupes professionnels, les femmes se heurtent à des systèmes contrôlés par des valeurs masculines traditionnelles. Bien souvent elles occupent les places les moins prestigieuses et sont par conséquent surreprésentées dans les catégories à faible revenus. Et leur supérieur hiérarchique est le plus souvent un homme. C'est le cas chez les vétérinaires où les femmes, bien que majoritaires numériquement, sont proportionnellement plus nombreuses chez les salariés.

-Une troisième explication pourrait effectivement venir de la distribution des hommes et des femmes en fonction des 3 statuts libéral, salarié, collaborateur libéral. Comme dans la population générale des vétérinaires, dans notre échantillon, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à exercer en libéral qu'à être salarié. Et c'est l'inverse pour les femmes plus nombreuses chez les salariés. Or les salariés tendent à avoir un épuisement émotionnel plus élevés que les libéraux. Mais en T2, ce n'est qu'une tendance statistique ($M = 15.6$ vs. 14.6 , $F(1, 664) = 2.94$, $p < .09$). En fait, si on compare les femmes et les hommes en fonction de leur statut (libéral vs. salarié) on observe que les premières ont un épuisement émotionnel significativement supérieur aux seconds et ceci quel que soit le statut. En revanche, les femmes d'un côté, les hommes de l'autre, ont un épuisement émotionnel équivalent qu'ils soient libéraux ou salariés. (Cf. Graphique 3.1).

Graphique 3.1: Epuisement Emotionnel en Fonction du Genre et du Statut



Nous pouvons avancer une quatrième hypothèse, également non exclusive, au vu des travaux récents de Regina et Allen (2023). Ces deux auteurs s'intéressent à la relation entre genre et épuisement émotionnel dans les cultures masculines. Et nous savons que le métier de vétérinaire est traditionnellement façonné par des valeurs et des normes masculines. Regina et Allen montrent d'abord que ce type de

culture (ils reprennent l'expression *Masculinity Contest Culture* de Berdahl *et al.*, 2018) est associée à l'épuisement émotionnel. (Et les vétérinaires ont un burnout élevé).

Mais cette culture interagit avec le genre et le caractère compétitif pour engendrer de l'épuisement émotionnel. Plus précisément, chez les hommes, avoir un caractère compétitif contribue à diminuer la relation entre culture masculine et épuisement émotionnel. Autrement dit, dans une culture masculine, les hommes compétitifs ont moins de burnout. En revanche, chez les femmes, c'est l'inverse. Plus elles sont compétitives dans une culture masculine, plus elles ont un score élevé d'épuisement émotionnel. Nous ne savons pas dans quelle mesure les résultats de Regina et Allen, qui portent sur des employés étasuniens, sont généralisables aux vétérinaires. Mais il est probable que ce soit une piste de réflexion à explorer.

Le genre est donc une variable confondue avec le type de rôle occupé, avec la position hiérarchique, avec l'exposition aux valeurs culturelles, dont découlent les stéréotypes.

Autrement dit, s'il existe des différences entre les genres, par-delà les facteurs biologiques, c'est certainement au niveau des facteurs psychosociaux confondus avec le sexe qu'il faut chercher les explications.

Concernant la seconde dimension du burnout, **le cynisme**, en T1, nous avons observé contrairement aux attentes, que les femmes avaient des scores de cynisme équivalents à ceux des hommes. C'est également ce que nous observons en T2. Les scores ne diffèrent pas en fonction du genre ($M = 12.6$ vs. 12.3 , NS). Ce résultat est contraire à ce qui est généralement observé. En effet les scores de cynisme ou de dépersonnalisation sont la plupart du temps plus élevés chez les hommes, ce que l'on explique en partie par une forte différenciation des prescriptions liées aux rôles sociaux masculins et féminins et par les stéréotypes qui leurs sont associés (Cf. *supra*). Les hommes ont des attitudes plus instrumentales, sont donc plus cyniques, les femmes des attitudes plus émotionnelles, plus empathiques, sont donc moins cyniques. Pourtant, ce n'est pas le cas chez les vétérinaires. A deux reprises, en T1 et en T2, nous observons une égalité des scores concernant le cynisme.

Nous l'avons déjà dit, la profession vétérinaire est encore gouvernée par des valeurs masculines. Ceci est exprimé par bien des verbatim. Et la clientèle renforce le phénomène en s'attendant à être reçu par un, et non une, vétérinaire.

« Le sexisme au travail aussi, de la part du patron mais aussi des clients qui veulent passer avec le véto homme car un médecin c'est un homme dans leur tête. »

Or les femmes évoluant professionnellement dans des milieux traditionnellement masculins sont confrontées à un dilemme. Si elles agissent de manière masculine, instrumentale, conformément aux valeurs du métier, si elles adoptent donc les postures de leur rôle professionnel, elles peuvent être déconsidérées pour ne pas être assez féminines. Si au contraire elles montrent des attitudes liées à leur rôle de genre, si elles adoptent donc des attitudes plus émotionnelles, plus empathiques, elles peuvent être critiquées pour être trop « féminines ». Elles vivent donc un conflit de rôle élevé, qui peut sans doute entraîner stress et cynisme. (e.g., Eagly & Johnson, 1990 ; Eagly & Carli, 2007 ; Purvanova & Muros, 2010).

« Peu sûre de moi, j'ai souvent été rabaissée par des confrères à cause de mes choix professionnels, ça a été souvent dur de travailler avec des hommes qui ne comprennent pas la difficulté de la carrière des femmes: souvent les mêmes qui reprochent aux consœurs de ne pas travailler à temps plein alors que leurs femmes ne travaillent pas! »

« Il manque à mon goût des questions concernant les relations entre associés et les différences de sexe, pour exemple je suis associée à 3 hommes au tempérament misogyne, ce qui est la source de mes principaux problèmes. »

Enfin, sur la troisième dimension du burnout, **l'efficacité professionnelle** (ici plus les scores sont élevés, plus le burnout est faible), les hommes ont des scores significativement plus élevés que les femmes. (29.3 vs. 27.7) $F(1, 635) = 8.27, p < .005$ Leur accomplissement personnel au travail est donc supérieur à celui des femmes. Ceci confirme ce que nous avons trouvé en T1. Précisons que si les libéraux ont des scores d'efficacité professionnelle significativement plus élevés que les salariés, la différence entre les hommes et les femmes s'observe chez les libéraux et chez les salariés.

-Genre et troubles somatiques

La question des troubles somatiques est importante. En effet, ceux-ci sont associés, entre autres, à la dépression, aux idéations suicidaires, et aux tentatives de suicide. (Cf., Torres, Löwe, Schmitz, et al., 2021, pour une revue récente de la littérature).

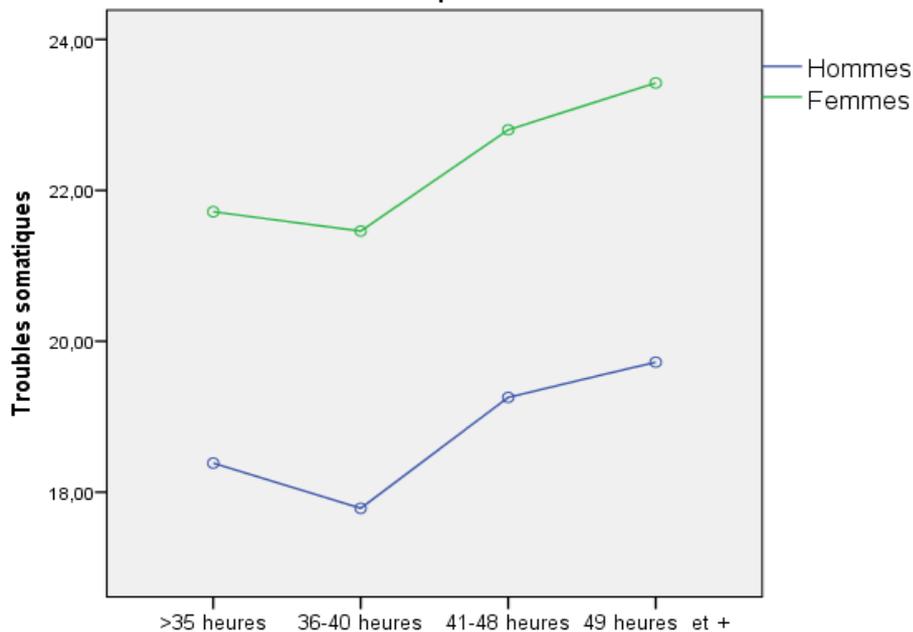
Dans notre échantillon, ces troubles somatiques, mesurés en T1, sont significativement corrélés avec les variables de santé mesurées en T2 : l'épuisement émotionnel ($r = .37$), le cynisme, ($r = .29$), l'accomplissement personnel ($r = -.18$), les idéations suicidaires ($r = .27$), le sentiment d'appartenance contrariée ($r = .30$), celui d'être un fardeau ($r = .29$), le sentiment de défaite ($r = .33$) et celui d'être piégé ($r = .37$). Toutes ces corrélations sont significatives à $p < .0001$.

Mais la causalité est également circulaire : l'épuisement émotionnel, mesuré en T1 prédit les troubles somatiques en T2 ($r = .46$). C'est également le cas pour le cynisme ($r = .27$), l'accomplissement personnel ($r = -.18$), les idéations suicidaires ($r = .39$), le sentiment d'appartenance contrariée ($r = .34$), celui d'être un fardeau ($r = .30$), le sentiment d'être piégé ($r = .44$). Toutes ces corrélations sont significatives à $p < .0001$.

Chez les vétérinaires de notre étude, les troubles somatiques sont davantage présents chez les femmes comparativement aux hommes. ($M = 22.25$ vs. 19.11 , $F(1, 658) = 41.07, p < .0001$). Nous avons obtenu des résultats très proches en T1 : $M = 21.3$ vs 19.2 , $F(1, 3114) = 97.6, p < .0001$).

Ajoutons que cette différence demeure lorsque l'on compare les genres en fonction du statut (libéral vs. salarié) ou de l'amplitude horaire hebdomadaire. (Cf Graphique 3.2).

Graphique 3.2: Scores de Troubles Somatiques en Fonction du Genre et de l'Amplitude Horaire



L'analyse de variance (ANOVA) révèle un effet principal de l'amplitude horaire $F(3, 648) = 131, 5$, $p < .005$ et du genre $F(1, 648) = 607.30$, $p < .0001$.

Par ailleurs, ces résultats, *i.e.*, les différences en fonction du genre, sont conformes à ce qui est généralement rapporté dans la littérature concernant la population générale. (e.g., Barsky, Peekna, & Borus, 2001 ; Beutel, Klein, Henning, Werner, Burghardt, et al., 2020). En effet, « *les femmes rapportent généralement plus de détresse corporelle et des symptômes somatiques plus nombreux, plus intenses, plus fréquents et de plus longue durée que les hommes. Ces différences apparaissent indépendamment de la période interrogée, du format de réponse utilisé et du fait que les symptômes soient enregistrés de manière prospective ou rétrospective* » (Barsky, et al., 2001, pages 266-67). Elles apparaissent tout au long de la vie, de l'adolescence à la vieillesse. Elles demeurent également après exclusion des symptômes gynécologiques. Elles s'observent quelle que soit la population étudiée, qu'il s'agisse d'étudiants, de patients consultant un médecin généraliste, de personnes âgées, ou même de SDF (Van Wijk & Kolk, 1997). Autrement dit, il s'agit d'un phénomène général, qui n'est pas spécifique aux vétérinaires.

Plusieurs processus peuvent expliquer ces résultats (Barsky, Peekna & Borus 2001, Van Wijk & Kolk, 1997). Nous ne détaillerons pas ces interprétations, car cela nous éloignerait de notre objectif. On peut toutefois les citer rapidement. Des différences de genre aux niveaux neuroanatomiques, neurophysiologiques et neurobiologiques peuvent donner lieu à des différences dans la perception, le traitement et la modulation des stimuli somatiques et viscéraux nocifs. Ces différences peuvent également relever

des processus d'évaluation, d'interprétation, de dénomination et de description des stimuli. Les recherches ont montré que les femmes sont plus attentives aux stimuli internes, sont plus vigilantes concernant les symptômes corporels. Au cours de leur vie, elles ont à faire face à davantage d'informations somatiques que les hommes, notamment en ce qui concerne les différentes phases, les différents moments, du processus reproductif. A l'appui de ces propos on peut ajouter que les femmes ont toujours des scores plus élevés que les hommes à l'échelle *Body Awareness Questionnaire* de Shields, Mallory, & Simon (1989), un instrument qui évalue entre autres la sensibilité aux rythmes corporels, la capacité à détecter de petits changements dans le fonctionnement corporel normal. Bien entendu, la socialisation des rôles sexuels entre également en jeu ici. Les garçons sont souvent élevés dans un climat familial où ils apprennent que « les hommes ne pleurent pas » ce qui peut les amener à moins porter attention aux messages du corps. (Van Wijk & Kolk, 1997).

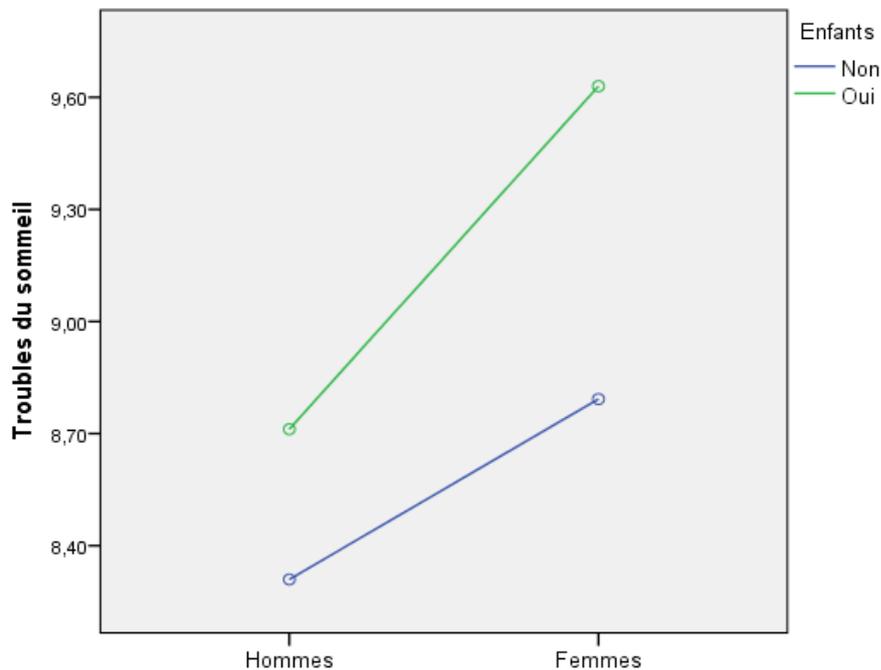
-Genre et troubles du sommeil.

En T1, sur l'échantillon de 3454 vétérinaires, les troubles du sommeil, évalués par les quatre questions de l'échelle de Jenkins, étaient significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (13.6 vs. 12.7, $F(1, 3163) = 22.21, p < .0001$). Ce résultat n'est pas spécifique aux vétérinaires. Il est régulièrement observé en population générale (Cf. par exemple la méta-analyse de Zeng, Zong, Yang, Zhang, & Xiang, 2020).

En T2, les résultats vont dans le même sens, mais, statistiquement ce n'est qu'une tendance : les femmes ont un score moyen de 9.21 vs. 8.5 pour les hommes. $F(1, 664) = 2.56, p < .11$.

Lorsque l'on prolonge l'analyse en considérant le fait d'avoir ou non des enfants, les résultats tendent à montrer que la parentalité est plus négative pour le sommeil des femmes que sur celui des hommes (Cf. Graphique 3.4).

Graphique 3.4 Troubles du sommeil en fonction du genre et du fait d'avoir ou non des enfants



-Genre et idéations suicidaires.

Tout comme en T1, il n'y a pas de différence de genre en T2 en ce qui concerne les idéations suicidaires.

Ce résultat paraît cohérent avec la littérature sur le sujet. En effet, s'il arrive que dans certains pays les idéations suicidaires soient légèrement plus fréquentes chez femmes que chez les hommes, généralement, les idéations suicidaires sont également réparties entre les deux genres. (Une exception notoire est la Finlande où les idéations suicidaires sont moins fréquentes chez les femmes dans la moyenne d'âge, Cf. Hintikka, Pesonen, Saarinen, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2001).

3.1.2. L'âge.

En T2, l'âge s'étend de 23 à 68 ans avec une moyenne de 40.7 ans (écart-type = 10.4 ans). En T1 l'étendue allait de 22 à 77 ans avec une moyenne de 41.4 ans (écart-type = 11.2 ans).

D'après les propos laissés en fin de questionnaire par les participants à cette étude, il n'est pas toujours facile de prendre sa retraite avant un âge avancé. Aussi la question de l'influence de l'âge sur la santé dans ce groupe professionnel est particulièrement pertinente. La santé des vétérinaires est-elle dégradée chez les plus âgés ?

Au fil des verbatim, on rencontre des propos exprimant la lassitude, la démotivation, la fatigue qui frappent avec les années d'exercice.

« (...) car j'ai tendance à être une "éponge à sentiments" et travailler 37 ans avec des paysans qui se plaignent tout le temps (et parfois à juste raison) est usant, J'ai hâte d'être en retraite et aller au boulot tous les jours est de plus en plus difficile... »

« La retraite se rapprochant, ça m'aide à tenir, j'ai 58 ans, véto solo mixte rural, je n'irai jamais jusqu'aux 67 ans que l'on m'annonce !! j'espère tenir encore 2 à 4 ans, mais j'ai vraiment de moins en moins envie de travailler, et j'ai presque laissé tomber l'administratif pur ... je gère encore la gestion comptable obligatoire, pas le choix. »

« Je pense de plus en plus à la retraite, si j'en ai une qui pour moi devrait être à 69 ans taux plein, je pense que je serais épuisé avant »

Chez les vétérinaires, l'âge est confondu avec plusieurs variables, en particulier le genre et le statut, ce qui commande la prudence quant aux interprétations. En effet, dans notre échantillon comme dans la population générale des vétérinaires, les femmes, majoritaires parmi ceux qui rentrent aujourd'hui dans la profession, sont plus jeunes que les hommes : 38.6 vs 46 ans. $F(1, 672) = 76.57, p < .0001$. La différence est très significative. Or nous venons de voir que la prévalence de certains problèmes de santé dépendait partiellement du genre.

Contrairement à une conception assez ancrée dans le public, et malgré les verbatim cités ci-dessus, des symptômes tels que le burnout ne progressent pas nécessairement avec l'âge ou l'ancienneté professionnelle. Tout dépend des conditions de travail que l'on rencontre. Par ailleurs, comme l'écrivent De Lange, Taris, Jansen, et al., (2006), les travailleurs âgés sont souvent la cible de stéréotypes négatifs amenant à les considérer comme moins flexibles, moins adaptables aux nouvelles technologies, moins motivés à apprendre et à se former, etc. Selon Offerman et Gowing (1990, cités par De Lange et al., 2006), ces idées stéréotypées pourraient découler moins des niveaux de performance actuels que des craintes des employeurs quant aux perspectives d'avenir des travailleurs âgés.

Dans les lignes qui suivent, nous avons étudié l'influence de l'âge en réalisant deux types d'analyses. D'une part des corrélations entre l'âge et les critères de santé retenus (burnout, troubles somatiques, etc.). Dans ce cas, l'âge est considéré comme une variable qui suit linéairement la flèche du temps. D'autre part en considérant les différentes générations, c'est-à-dire, les **baby-boomers**, (nées entre 1946 et 1964, c'est à dire âgés de 59 à 77 ans), la **génération X** (nées entre 1965 et 1980, c'est à dire âgés de 43 à 58 ans), la **génération Y** (nées entre 1981 et 1996, c'est à dire âgés de 27 à 42 ans) et enfin la **génération Z** (nées entre 1997 et 2012, c'est à dire âgés, **dans notre échantillon** de 22 à 26 ans).

Dans ce cas l'âge est considéré relativement à une génération, c'est-à-dire un groupe qui a des valeurs et des attentes en commun.

-Age et burnout.

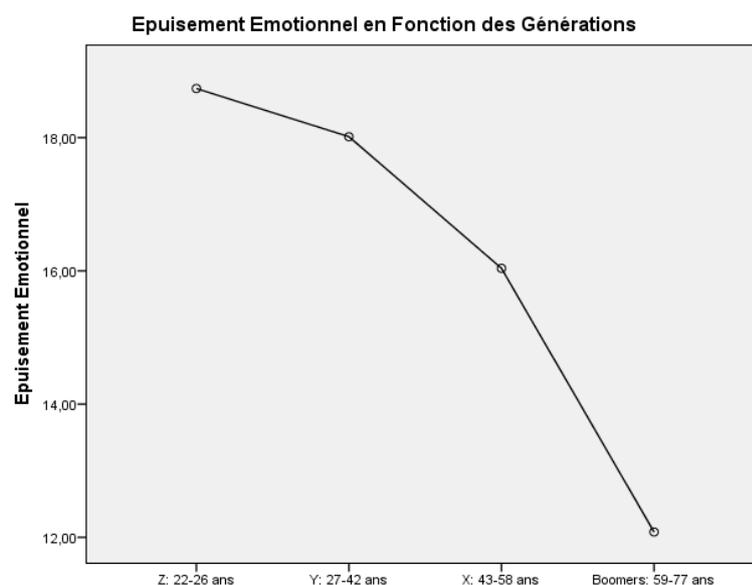
Concernant le burnout, les résultats disponibles ne sont pas toujours concluants. Il semble que dans certaines professions, par exemple les infirmières, des variables comme le genre ou le statut marital viennent modérer la relation entre âge et burnout. (Gómez-Urquiza, et al., 2017).

Mais concernant notre échantillon, nous observons une corrélation significative entre l'âge et les trois dimensions du burnout : $r = -.22$, $-.08$ et $.15$ respectivement, $p < .001$. Autrement dit, **lorsque l'observation passe des plus jeunes aux plus vieux vétérinaires**, on constate que conjointement, **les scores de burnout, en particulier ceux de l'épuisement émotionnel, diminuent**. La corrélation entre l'âge et l'épuisement demeure significative ($r = -.19$, $p < .0001$) lorsque l'on contrôle les effets du genre et du statut (libéral vs. salarié). On observe également des corrélations significatives en ce qui concerne le cynisme et l'efficacité professionnelle mais elles sont cependant très peu élevées ($r = -.06$ et $.07$).

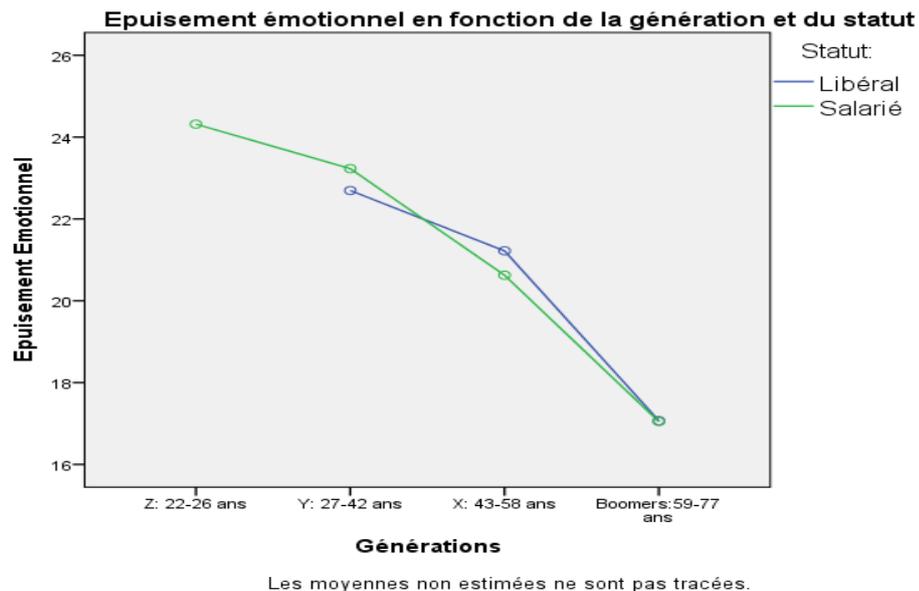
D'autres études ont également trouvé un résultat du même type chez les vétérinaires et chez les médecins. Auprès d'un échantillon de 5020 vétérinaires étasuniens travaillant à temps plein, Ouedraogo, Lefebvre, Hansen & Brorsen, (2021), observent que les plus jeunes ont un burnout plus élevés comparativement aux anciens. Auprès de vétérinaires australiens, Fritschi et al., (2009) observent que des symptômes proches du burnout (détresse, dépression, anxiété), sont **moins présents** chez les plus âgés, ou encore chez ceux qui sont les plus anciens dans la profession. Toujours auprès de vétérinaires australiens, Hatch, Winefield, Christie, & Lievaart (2011), sur un échantillon de 1947 participants, observent également que les plus jeunes souffrent davantage d'anxiété. Les auteurs attribuent ce résultat à l'incertitude concernant les compétences et l'application des connaissances théoriques dans les situations concrètes. Selon Steffey, Griffon, Risselada, Scharf, et al., 2023, ces résultats peuvent refléter une moindre confiance chez les jeunes professionnels, ou encore une incertitude quant à leur avenir dans la profession.

Mais attention ! Cela ne signifie pas que l'épuisement émotionnel diminue avec l'âge. On ne sait pas quel était le degré de burnout des vétérinaires de 55 ans et plus lorsqu'ils étaient plus jeunes. Cela signifie qu'aujourd'hui l'épuisement émotionnel les frappe moins, ou dans un moindre degré. Par ailleurs ces résultats peuvent également refléter un « biais de survie », les individus atteints de burnout quittant la profession après quelques années d'exercice et étant donc exclus de l'échantillon.

Lorsque l'on compare cette fois-ci les 4 quatre générations, les résultats viennent évidemment confirmer ce que nous venons d'observer. Mais ils précisent les choses.

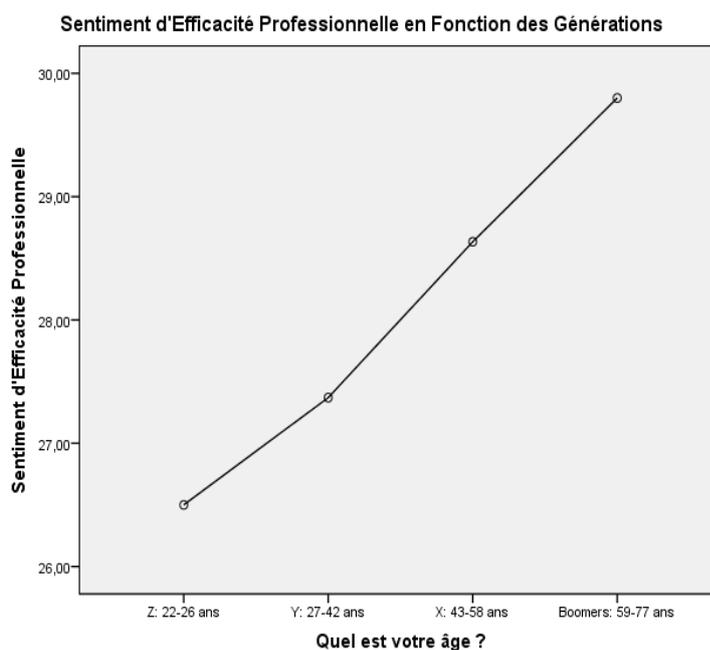


En fait les analyses montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux plus jeunes générations, les Z (22-26 ans) et les Y (27-42 ans). Mais celles-ci ont des scores d'épuisement émotionnel significativement plus élevés que les deux générations suivantes, les X (43-58 ans) et les Boomers (59-77 ans). Et ces derniers ont des scores significativement plus bas que les trois autres générations. Et ces résultats sont toujours observés lorsqu'on introduit la variable « statut ». En effet, (Cf. graphique ci-dessous), qu'il s'agisse des salariés ou des libéraux, l'épuisement émotionnel décroît au fil des générations.



Concernant le cynisme, et toujours en comparant les générations, le résultat principal est le suivant : les « boomers » ont des scores significativement plus bas que les trois générations précédentes.

Enfin, le sentiment d'accomplissement personnel suit le même type de trajectoire, mais inversée, puisqu'avec cette troisième dimension du burnout, plus les scores sont élevés, meilleure est la santé de l'individu. Plus précisément, les deux générations les plus jeunes, les Z et les Y, ont des scores significativement plus bas que les deux générations les plus âgées. Mais elles ne diffèrent pas entre elles. Quant aux Boomers, leurs scores sont significativement plus élevés que les trois autres générations. Ce sont ceux qui ont le sentiment d'accomplissement personnel le plus élevé, résultat en miroir avec celui concernant l'épuisement émotionnel, puisqu'en effet, les Boomers ont moins d'épuisement émotionnel que les trois autres groupes générationnels.



-Age et troubles du sommeil.

Il y a un lien significatif, même s'il n'est pas très élevé, entre âge et troubles du sommeil. La corrélation, $r=.10$ est significative à $p<.03$. Mais si l'on contrôle les effets du genre et du statut, le lien n'est plus significatif.

Et si on examine les troubles du sommeil en fonction des générations, on n'observe pas d'effet significatif.

-Age et troubles somatiques.

Contrairement à l'intuition (et aux quelques verbatim cités plus haut), on n'observe aucun lien entre l'âge et les troubles somatiques chez les vétérinaires que ce soit en T1 ($r=.01$) ou en T2 ($r=-.03$). Ceci est vrai pour le score global de troubles somatiques.

Lorsqu'en revanche, on s'intéresse à ces problèmes pris individuellement, on note toutefois quelques associations. Les maux de tête et les nausées ou douleurs d'estomac s'estompent avec l'âge ($r= -.21$ et $-.16$, respectivement, $p<.0001$). Inversement, les faiblesses dans certaines parties du corps augmentent avec le vieillissement, mais la corrélation, bien que significative, est faible : $r = .09$ $p<. 03$.

Ces résultats sont en fait conformes à ce qui est rapporté par la littérature médicale (e.g., Kroenke 2013).

-Age et idéations suicidaires.

Il n'y a aucun lien entre l'âge et les idéations suicidaires que l'on prenne en compte les corrélations linéaires ou les comparaisons entre générations. Autrement dit ce risque létal n'augmente pas au fur et à mesure que progresse la durée de la confrontation aux stressseurs professionnels.

3.1.3. Le statut matrimonial : vivre en couple ou vivre seul.

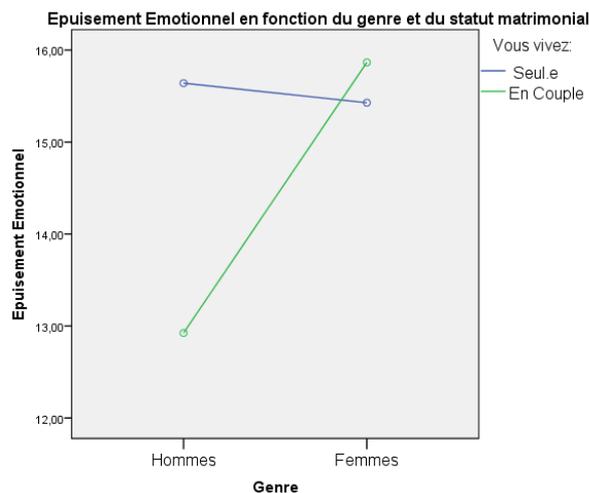
Depuis longtemps, les recherches nous ont appris que les personnes vivant en couple ont une meilleure santé et vivent plus longtemps que celles vivant seules, qui sont séparées ou veuves. (e.g., Dupre et al. 2009). Elles sont en meilleure santé psychologique (e.g., Wadsworth, 2015), et physique (e.g., Umberson et al. 2006).

Quant est-il chez les vétérinaires ?

-Couple et burnout.

En T1, nous avons observé une différence : les personnes qui vivaient en couple avaient moins d'épuisement émotionnel comparativement à celles vivant seules. (16.6 vs. 17.5, $p < .02$).

En fait, en T2, nous observons une différence allant dans ce sens, mais elle n'est pas significative.



En T1, nous avons également observé que les femmes avaient le même degré d'épuisement émotionnel qu'elles vivent seules ou en couple. En revanche lorsqu'ils vivaient en couple les hommes avaient un épuisement émotionnel plus faible que lorsqu'ils vivaient seuls. En d'autres termes, vivre en couple avait une fonction positive pour les hommes mais pas pour les femmes.

En T2, nous observons le même type de résultat (Cf. le graphique ci-dessus). Toutefois, l'interaction n'est pas statistiquement significative.

Concernant les deux autres dimensions du burnout, le cynisme et l'efficacité professionnelle, nous n'observons pas de différence en fonction du statut matrimonial.

En ce qui concerne les autres critères de santé retenus dans notre étude, nous ne trouvons aucune différence selon que les participants vivent seuls ou en couple.

On peut ajouter que le fait d'avoir ou non des enfants n'a aucune influence sur les variables de santé. Tout juste observe-t-on que ceux qui ont des enfants ont davantage de troubles du sommeil, mais ce n'est qu'une tendance : (M= 9.3 vs. 8.7, $p < .08$)

3.1.4. Le statut professionnel : salariés vs. libéraux

-Statut professionnel et burnout.

Concernant le burnout, nous observons une seule différence significative en fonction du statut. Elle se situe au niveau de la troisième dimension du burnout : **les salariés ont un plus faible sentiment d'efficacité professionnelle que les libéraux.** (M= 27.0 vs. 29.1, $F(1, 602) = 18.22$, $p < .0001$)

Mais comme nous l'avons vu précédemment, le statut est une variable qui se confond notamment avec l'âge et le genre.

Toutefois si on compare non plus les libéraux pris dans leur ensemble avec les salariés, mais que l'on introduit une distinction entre les libéraux qui travaillent seuls et ceux qui sont en collaboration, on note que ces derniers ont un épuisement émotionnel significativement plus faibles (M=.14.0) que les premiers (M= 16.0) et que les salariés (M=15.6). Ces deux derniers groupes ne diffèrent pas.

-Statut professionnel et troubles du sommeil.

Si l'on se tourne vers les autres variables de santé, les comparaisons de moyennes nous apprennent que les **libéraux** ont davantage de **troubles du sommeil** que les salariés : M= 9.4 vs 8.6, $p < .05$.

Mais **on ne trouve pas de différence** sur les **troubles somatiques** ou les **idéations suicidaires**.

3.1.5. Les catégories ou « spécialités »

La spécialité « **rurale** » (N= 58) se distingue des autres sur deux critères de santé, l'épuisement émotionnel et les troubles du sommeil. Dans les deux cas les scores sont **significativement plus faibles** que ceux de toutes les autres spécialités confondues. Pour l'épuisement émotionnel leur moyenne est de 12.2(vs. 15.3 pour les autres spécialités), $F(1, 664) = 8.9$, $p < .01$. Et pour les troubles du sommeil elle est de 7.4 (vs. 9.2 pour les autres). $F(1, 664) = 7.2$, $p < .01$.

Pour la spécialité « **équine** », (N= 64) on observe une seule différence. Elle concerne les troubles du sommeil moins ressentis par les vétérinaires de cette branche : M= 7.9 vs. 9.1, $F(1, 664) = 4.1$, $p < .05$.

Sur plusieurs critères, la spécialité « **animaux de compagnie** » (N= 470), la plus nombreuse, se révèle en moins bonne santé que l'ensemble de ses autres collègues. C'est le cas pour l'épuisement émotionnel (M= 15.6 vs 13.6, $F(1, 664) = 8.9$, $p < .01$, pour les troubles du sommeil (M= 9.3 vs 8.3), $F(1, 664) = 5.9$, $p < .02$) et pour les idéations suicidaires (M= 1.3 vs .9, $F(1, 664) = 6.7$, $p < .01$). Dans tous les cas, les vétérinaires de cette spécialité ont des scores significativement plus élevés ce qui traduit une santé psychologique comparativement moins bonne. Il s'agit là d'un résultat non spécifique à la France. A titre d'exemple, un taux de dépression plus élevé est également observé en Australie chez des vétérinaires spécialisés dans les animaux de compagnie par Hatch, Winefield, Christie, & Lievaart, (2009). Les auteurs interprètent ce résultat en évoquant plusieurs facteurs parmi lesquels le lien affectif des clients pour leur animaux, les attentes élevées de ces clients vis-à-vis du vétérinaire, ou encore les longues heures de travail amplifiées par les gardes.

A noter que les femmes sont surreprésentées dans la spécialité animaux de compagnie. Alors qu'elles représentent 72.6% de l'échantillon elles constituent à 77.6% cette spécialité. Et inversement les hommes, qui représentent 27.4% de l'échantillon, constituent 22.6% de cette spécialité (χ^2 , $1\text{ddl} = 22.15$, $p < .0001$).

La spécialité **élevage** (N= 10) ne diffère pas statistiquement des autres. Toutefois elle tend à avoir un moindre épuisement émotionnel (M= 10.9 vs 15.1, $F(1, 664) = 2.95$, $p < .09$) et une meilleure efficacité professionnelle (M= 31.6 vs. 28.1), $F(1, 635) = 3.2$, $p < .08$.

Les autres spécialités (**ISP, enseignant chercheur, industrie labo, spécialiste**) ne diffèrent pas des autres. Mais leurs effectifs sont réduits (N>10) ce qui limite la validité des comparaisons.

En résumé.

Ces résultats nous apprennent que chez les vétérinaires, les femmes ont une moins bonne santé que les hommes. Mais sur la plupart des critères considérés, ces différences s'observent également en population générale ou sur d'autres groupes professionnels.

-Les femmes ont un épuisement émotionnel significativement supérieur aux hommes. Mais dans chaque groupe professionnel, lorsqu'il y a une différence de genre sur cette variable, ce sont toujours les femmes qui ont les scores les plus élevés. Elles ont un cynisme égal à celui des hommes alors que l'on s'attend généralement à ce que leur score soit plus bas. Sur la troisième dimension du burnout, l'efficacité professionnelle (ici plus les scores sont élevés, plus le burnout est faible), les hommes ont des scores significativement plus élevés que les femmes.

- Les troubles somatiques et les troubles du sommeil sont davantage présents chez les femmes comparativement aux hommes, ce qui est conforme à ce qui est généralement rapporté dans la littérature concernant la population générale.

-Concernant les troubles du sommeil, nous n'observons pas de différence de genre.

-Nos données nous apprennent que les plus jeunes ont des scores de burnout, en particulier d'épuisement émotionnel plus élevés que les plus anciens, ce qui contredit un parti pris selon lequel les plus jeunes chercheraient à « *se la couler douce* ». A noter que l'âge n'est pas associé ni aux troubles du sommeil ni aux troubles somatiques, ni aux idéations suicidaires.

-Les personnes vivant en couple semblent davantage protégées de l'épuisement émotionnel, mais c'est principalement le cas pour les hommes.

-Le statut est une variable qui se confond avec l'âge et le genre. Avec ce fait en tête, on constate que les salariés ont un score plus faible d'efficacité professionnelle comparativement aux libéraux.

-La spécialité « animaux de compagnie », celle qui compte le plus de vétérinaires, présente une moins bonne santé sur bien des critères : épuisement émotionnel, troubles du sommeil, et idéations suicidaires. En revanche, à l'opposé, la spécialité « rurale » possède le meilleur profil de santé.

4. La santé au travail des vétérinaires.

Analyse longitudinale

L'influence de la charge de travail objective sur la santé

Avec les pages qui suivent, nous passons maintenant à l'analyse des données longitudinales. D'abord, nous examinerons l'influence de la charge de travail, et ensuite des stresseurs perçus.

Dans quelle mesure les caractéristiques « objectives » de la charge de travail impactent-elles la santé psychologique et physique des vétérinaires **15 mois plus tard** ? Par caractéristiques objectives nous entendons ces aspects de la charge qui ne sont pas soumis à l'interprétation de l'individu à cause par exemple de leur aspect qualitatif, mais qui peuvent être mesurables et pour lesquels plusieurs observateurs peuvent se mettre d'accord sans difficulté. C'est en principe le cas du nombre d'heures travaillées par semaine, du nombre de gardes de nuit, du nombre de gardes de week-end, du nombre de clients reçus, quatre caractéristiques que nous avons étudiées. Ces caractéristiques dégradent-elles la santé à long terme ? Si oui, lesquelles sont les plus délétères ? Pour répondre à ces questions, nous avons testé leur éventuel effet sur les 3 dimensions du burnout, les idéations suicidaires, les troubles du sommeil et les troubles somatiques. Nous avons d'abord analysé ces effets globalement, *i.e.*, pour l'ensemble de l'échantillon. Puis nous avons répliqué cette analyse mais en séparant (en comparant) les salariés et les libéraux ainsi que les hommes et les femmes.

Nous trouverons plus bas les tableaux correspondant à chacune de ces analyses. En ligne, se trouvent les caractéristiques du travail recueillies en T1 et en colonne les variables de santé recueillies en T2, c'est à dire 15 mois plus tard.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à l'amplitude horaire.

4.1. Amplitude horaire et santé : des résultats équivoques.

Le verbatim suivant illustre bien les différents impacts de l'amplitude horaire sur la santé physique et psychologique :

« Cet excès de travail qui s'inscrit dans un parcours déjà long en heures de travail (j'ai créé ma structure il y a 6 ans et j'y ai passé énormément d'heures les premières années avec peu de congés, et lorsque ma véto salariée était là elle n'était pas très débrouillarde donc ça ne m'a pas soulagé autant que prévu et elle est partie quand elle commençait à être opérationnelle pour

XXX. C'est devenu maintenant trop lourd car je supporte ce rythme depuis trop longtemps et physiquement je commence à en ressentir les effets (je fais plus d'oublis ou de bêtises avec la fatigue, plus de douleurs de dos et musculaires). La perte de sens de mon travail a été très marquée cet automne, car je n'avais plus le temps de soigner correctement les animaux, je n'avais plus de créneau disponible à 1 semaine d'avance pour revoir les cas un peu difficiles et réaliser des examens complémentaires ou des suivis. Et là j'ai eu l'impression de mal faire mon travail et c'est ce qui m'a le plus touché, au-delà de la fatigue extrême et du fait de ne pas m'occuper suffisamment bien (à mon goût) de mes enfants (3 enfants, je suis divorcée depuis 2 ans et je vis seule). Le fait de devoir tout assumer partout dans ma vie (perso, ma maison, mes enfants, ma clinique, ses salariés) est assez lourd à porter aussi, avec une impression de ne pas être aidée (les ASV attendent tout, et en tant que ""patronne"" je ne peux pas dire à mes employés que je ne viendrai pas travailler parce que je suis fatiguée, sinon la clinique est fermée). C'est donc avant tout pour continuer à travailler de la manière que je souhaite c'est-à-dire en accordant assez de temps à mes patients pour pouvoir les suivre correctement, et travailler un peu moins pour être moins fatiguée, que j'ai décidé la semaine dernière de mettre en place de nouvelles choses : arrêter les gardes de week-end en référant à la grosse structure du coin, refuser les nouveaux clients, bloquer des créneaux d'urgence tous les jours quitte à refuser des choses moins urgentes avant, ne plus venir travailler un samedi sur 2 à partir de janvier 2023. Refuser les clients est difficile et n'est pas dans notre façon empathique de voir les choses. Mais je dois faire des choix si je ne veux pas terminer en burnout ou à l'hôpital, et j'ai bien conscience que mes enfants ont besoin de moi. Nous verrons si ces décisions seront les bonnes. J'espère que mon témoignage vous aidera."

Les propos de cette vétérinaire (dont on peut certes me dire qu'ils sont « subjectifs » alors que j'ai avancé que cette partie allait concerner des caractéristiques « objectives ») représentent bien les processus qui relient amplitude horaire et santé (Cf. Ganster, Rosen & Fisher, 2018) :

L'amplitude horaire réduit le temps disponible pour ses proches, entraînant des tensions familiales plus ou moins chroniques et dépressogènes. Elle s'accompagne d'une mauvaise hygiène de vie (repas rapide, manque d'exercice physique, tabagisme, alcool), évidemment néfaste pour la santé. Elle accroît la fatigue et le stress et réduit parallèlement le temps de récupération.

Les longues heures travaillées, par la fatigue ou le manque de sommeil qu'elles engendrent, par l'exposition plus longue aux facteurs de stress qu'elles impliquent, contribuent à épuiser les ressources nécessaires au fonctionnement exécutif, *i.e.*, les processus cognitifs destinés à faciliter l'adaptation du sujet aux situations nouvelles ou complexes. S'ensuit non seulement une diminution du rendement, mais également une augmentation du risque d'accident.

4.1.1. Des résultats ambigus

Cependant, les études disponibles ne débouchent pas sur des conclusions incontestables. Si certaines accréditent la thèse d'un effet pathogène d'une longue amplitude horaire sur la santé, d'autres viennent largement modérer ces résultats.

Sur le versant négatif, et à titre d'exemple, Yang, Schnall, Jauregui, Su, & Baker, (2006) observent que travailler plus de 61 heures par semaine accroît l'hypertension. D'autres trouvent un lien avec le diabète (Nakanishi, Nishina, & Yoshida, 2001). Bien entendu, ces liens peuvent être médiatisés par la mauvaise hygiène de vie associée aux longues heures travaillées. Dans leur méta-analyse incluant 228 recherches portant sur des groupes professionnels variés, Goh, Pfeffer, & Zenios (2015) trouvent que les longues heures travaillées augmentent la mortalité de presque 20%. Chez des vétérinaires du Royaume Uni, Bartram et al. (2009), observe que le nombre d'heures travaillées est un des principaux contributeurs du stress.

Dans une recherche récente portant sur des cohortes incluant plus de 100 000 travailleurs finlandais, britanniques, danois et suédois, âgés de moins de 65ans, les auteurs observent, après contrôle de l'âge, du genre, et du statut socio-économique, que l'amplitude horaire est associée à un risque de mort cardio-vasculaire, avec des infections nécessitant une hospitalisation, du diabète, des blessures et des troubles musculo-squelettiques (Ervasti, Pentti, Nyberg, *et al*, 2021). Toutefois, les auteurs trouvent « seulement » une association robuste pour six des 50 critères d'évaluation des maladies pris en compte. L'amplitude horaire n'explique qu'une part très relative des maladies. Par ailleurs, ils ont observé une association entre les longues heures de travail et les maladies infectieuses uniquement chez les employés ayant un statut socio-économique faible. Aussi les auteurs minorent leurs résultats en concluant page 9, que « *ces résultats suggèrent que l'association globale entre les longues heures de travail et les effets néfastes sur la santé dans ce contexte européen pourrait être relativement modeste* ». Cette conclusion est confirmée par Ganster, Rosen & Fisher (2018).

Par ailleurs, auprès de 2125 vétérinaires australiens, Fritschi, Morrison, Shirangi & Day (2009) ne trouvent aucun lien entre les heures de travail découpées en quatre groupes (0-39 heures ; 40-49 heures ; 50-59 heures ; ≥ 60 heures) et les scores d'anxiété et de dépression.

En fait, étudier l'effet de l'amplitude horaire sur la santé présente des difficultés qui commandent la prudence quant à l'interprétation des résultats.

Si l'on imagine facilement que c'est l'amplitude horaire qui nuit à la santé, on a tendance à oublier que la santé peut affecter le nombre d'heures travaillées. On peut ainsi trouver, au niveau transversal, une corrélation négative entre le nombre d'heures travaillées et la santé, due au fait que les individus malades sont contraints de moins travailler et que ceux qui sont en bonne santé passent plus de temps au travail. On pourrait alors conclure que plus on travaille, meilleure est notre santé. Toutefois nous évitons ces biais en menant une étude longitudinale puisque nous estimons le lien entre les heures travaillées en T1 et la santé en T2, i.e., 15 mois plus tard.

Ensuite différents travailleurs ayant la même amplitude horaire ne font pas nécessairement face aux mêmes exigences, ne réalisent pas forcément les mêmes tâches, ne ressentent pas la même pression.

Last but not least, les heures travaillées contribuent, dans certaines professions, à accroître les revenus. Or ces derniers influent positivement la santé, (e.g., Frijters, Haisken-DeNew, & Shields, 2005), même si la taille de cet effet est modeste.

Evidemment, la question de l'amplitude horaire avive des controverses sociales incontestablement légitimes, et qui, avec la question du sens du travail, ajoutent une signification supplémentaire aux longues heures travaillées.

4.1.2. Amplitude horaire hebdomadaire et santé chez les vétérinaires.

Une question demandait aux participants : *Vous travaillez en moyenne combien d'heures par semaine ?*

On peut soupçonner la validité des réponses à ce type de question et ceci quel que soit la profession bien entendu. Les réponses peuvent être influencées par des biais de désirabilité sociale plus ou moins conscients, ou par des stratégies délibérées. Être perçu comme un « grand travailleur », à quelques exceptions près et dans la plupart des professions a toujours été valorisé. Gonfler le nombre d'heures travaillées peut viser à attirer à soi l'approbation sociale. Ce phénomène se produit y compris dans les questionnaires anonymes. Par ailleurs, lorsque l'on est insatisfait de son travail, de son salaire, etc., surestimer l'amplitude horaire peut servir des objectifs revendicatifs.

Ajoutons que lorsque le travail est vécu comme pénible, les heures travaillées deviennent évidemment plus longues. Tout ceci vaut également pour les autres caractéristiques de la charge de travail, bien entendu.

« Sentiment de passer énormément d'heures au travail pour une rémunération moyenne, et sentiment de pas pouvoir payer mes véto salariées à la hauteur méritée également... »

Cependant, les recherches tendent à valider l'exactitude de l'amplitude horaire auto-rapportée. (Imai, Kuwahara, Miyamoto, et al., 2016).

En moyenne, les vétérinaires de notre échantillon travaillent 43.4 heures par semaine. Ceci étant, nous observons une large dispersion des réponses puisque celles-ci s'étalent de 11 à 80 heures. L'écart-type est de 11.3 heures, ce qui signifie que, théoriquement, 68.3% de l'échantillon travaillent entre 32.1 et 54.7 heures par semaine.

Par ailleurs, l'amplitude horaire est significativement plus élevée chez les hommes (48.3 heures) que chez les femmes (41.6 heures) $F(1, 668) = 50.22, p < .0001$. On rappelle par ailleurs que les hommes sont plus souvent libéraux (79% d'entre eux) que les femmes (42.7% d'entre elles). Et les salariés ont une moindre amplitude horaire que les libéraux. Dans notre échantillon T2, elle est de 38.7 heures pour les premiers, (écart-type = 9.2 heures ; étendue = 10-70 heures) et de 47.7 heures pour les seconds (écart-type = 11.4 heures, étendue = 20-80 heures). Aussi dans les analyses qui suivent, nous avons contrôlé l'effet du genre et du statut.

« Je suis actuellement en Burnout depuis 1,5 mois face à une structure qui était tout pour moi mais qui devient très toxique suite à son rachat (augmentation des prix, pression au travail, harcèlement moral). Je souffre aussi de maladies chroniques (endométriose-sopk) et les heures imposées ont été très néfastes à ma santé »

Au niveau de l'échantillon global, le nombre d'heures travaillées par semaine est associé à une seule variable de santé à savoir les idéations suicidaires ($\beta = .15, p < .05$). Ce résultat contredit en partie la littérature puisque dans les travaux que nous avons recensés, l'amplitude horaire affecte plusieurs critères de la santé des individus. Par exemple Shirangi et al., (2013) observent chez des femmes vétérinaires australiennes que les heures de travail sont associées à une augmentation de l'anxiété et de la dépression, et ceci qu'elles aient ou non des enfants.

	Epuisement émotionnel	Cynisme	Troubles Sommeil	Troubles somatiques	Idéations suicidaires
Genre	.16**	.05	.11*	.28***	-.00
Statut	-.04	-.02	-.15**	-.12*	-.06
R ²	.02	.00	.02	.06	-.00
Heures semaines	.07	.04	.07	.07	.15*
Nuits par mois	.07	.04	.14*	.03	.01
Gardes de wkend	.00	-.10	-.04	-.00	.03
Clients par jour	.21***	.12*	.28***	.13*	.17**

Tableau 4.1 : Régressions multiples. Influences des caractéristiques du travail (T1) sur la santé physique et psychologique (T2). * p<.05 ; ** p<.01 ; * p<.001**

Néanmoins, le fait que l'amplitude horaire contribue à accroître les idéations suicidaires signale l'aspect pathogène de cette variable pour notre échantillon. En poursuivant l'analyse, on observe que ce lien apparaît fortement chez les hommes ($\beta = .37, p < .001$) et chez les libéraux ($\beta = .18, p < .01$), qui sont aujourd'hui plus souvent des hommes. Mais il n'apparaît pas chez les femmes, (Cf. tableau 4.2, ci-dessous) ni chez les salariés. (Cf. tableaux 4.3 ci-dessous).

Répetons-le, l'amplitude horaire recouvre différents éléments de la charge de travail. Il est toutefois probable que son lien le plus important, celui avec les idéations suicidaires, corresponde à l'impact de cette charge de travail sur l'évaluation de ses relations avec ses proches et avec les contraintes que représente son travail au regard du sens de son existence.

En effet, chez les hommes (mais pas chez les femmes) on observe, via les analyses de régressions linéaires multiples, une association entre l'amplitude horaire et trois variables explicatives du suicide sur lesquelles je reviendrai largement :

-Le sentiment d'être un fardeau pour son entourage 15 mois plus tard ($\beta = .22, p < .005$). (Chez les femmes, $\beta = .07, p < .12, NS$).

-Le sentiment que son existence est une défaite ($\beta = .14, p < .06$). (Chez les femmes, $\beta = .03, NS$). Or, nous aurons l'occasion d'y revenir largement, ce sentiment d'être un fardeau pour les siens est un des facteurs qui contribuent au suicide.

-Le sentiment d'être piégé ($\beta = .14, p < .05$). (Chez les femmes, $\beta = .06, NS$).

	Epuisement émotionnel		Cynisme		Troubles Sommeil		Troubles somatiques		Idéations suicidaires	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Statut	.02	-.05	.05	-.04	-.09	-.17**	-.09	.	.18*	-.01
Heures semaines	.11	.01	.09	.02	.16 (p<.09)	-.07	.00	.02	.37**	-.03
Nuits par mois	.10	.12	-.04	-.15	.13	-.01	.05	-.17	-.03	-.14
Gardes de week-end	-.06	.23*	-.19	.20 (p<.07)	-.12	.20*	-.06	.24*	.00	.21*
Clients par jour	.27**	.16*	-.14	.09	.30**	.25***	.26**	.10	.32***	.06

Tableau 4.2 : Régressions multiples. Influences des caractéristiques du travail (T1) sur la santé physique et psychologique (T2) selon le genre. * p<.05 ; ** p<.01 ; * p<.001**

H= Hommes ; F= Femmes

*On observe le même phénomène, *mutatis mutandis*, chez les libéraux (mais non chez les salariés). En effet, chez eux, les analyses de régression nous révèlent que l'amplitude horaire est associée :

-Au sentiment d'être un fardeau pour les siens quinze mois plus tard ($\beta = .16$, $p < .005$). (Chez les salariés, $\beta = .00$, NS).

-Au sentiment que son existence est une défaite ($\beta = .12$, $p < .05$). (Chez les salariés, $\beta = .03$, NS).

-Au sentiment que d'être piégé ($\beta = .12$, $p < .05$). (Chez les salariés, $\beta = .03$, NS).

Tout se passe donc comme si c'était en quelque sorte par ***l'emprise qu'elle exerce sur l'existence des vétérinaires***, en particulier les hommes et les libéraux, (Les libéraux étant d'ailleurs plus souvent des hommes) que la charge de travail conduisait aux idéations suicidaires. Je développerai cette hypothèse plus loin.

Notons qu'en se basant sur des corrélations, (qui ne tiennent pas compte de l'effet des autres variables explicatives) et non plus sur des régressions linéaires multiples, (qui tiennent compte de l'effet des autres variables explicatives) nous observons un lien entre l'amplitude horaire et les troubles somatiques chez les hommes ($r = .16$, $p < .05$) mais également chez les femmes ($r = .14$, $p < .01$). On observe aussi dans ce cas, mais uniquement chez les hommes, un lien entre l'amplitude horaire et l'épuisement émotionnel d'une part ($r = .17$, $p < .05$) et les troubles du sommeil d'autre part ($r = .15$, $p < .05$). Le lecteur pourra se reporter au tableau X que nous avons inséré en annexes pour ne pas submerger le texte avec des données chiffrées.

	Epuisement émotionnel		Cynisme		Troubles Sommeil		Troubles somatiques		Idéations suicidaires	
	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S
Genre	.17*	.11	.08	-.02	.12 (p<.07)	.06	.29***	.19*	-.06	.13
Heures semaines	.02	.12	-.01	.12	.00	.12	.05	.10	.18**	-.00
Clients par jour	.24***	.17*	.13 (p<.06)	.09	.31***	.23***	.12 (p<.08)	.15 (p<.07)	.29***	-.03
Nuits par mois	.08	.01	.04	.00	.15 (p<.06)	.08	.07	-.16	.02	-.04
Gardes de week-end	-.03	.15	-.12	.03	-.07	.18 (p<.09)	-.04	.15	.03	.07
R ²	.06	.06	.01	-.01	.09	.11	.08	.05	.12	.02

Tableau 4.3 : Régressions multiples. Influences des caractéristiques du travail (T1) sur la santé physique et psychologique (T2) selon le statut : L = libéral ; S = salarié. * p<.05 ; ** p<.01 ; *** p<.001

4.1.3. Le nombre de gardes de week-end et de gardes de nuit.

L'effet négatif des gardes sur la santé des professionnels est avéré. En examinant la littérature sur le sujet on trouve par exemple des recherches qui montrent que les gardes sont associées à l'anxiété et à la dépression chez les médecins généralistes (Chambers & Belcher, 1994) ou au niveau de stress mesuré par le taux de cortisol auprès d'employés (Dettmers, Vahle-Hinz, Bamberg, Friedrich, & Keller, 2016). Les gardes de nuit entraînent évidemment un sommeil de moindre qualité. La perte de sommeil due aux longues journées de travail de garde diminue considérablement la vigilance diurne et affecte négativement l'humeur des médecins (e.g., Kaneita & Ohida, 2011 ; Walli, Qutah, Abushanab et al., 2013). Ceci peut nuire aux performances et entraîner un danger pour les patients (e.g., Gaba & Howard, 2002, pour une revue). On sait par ailleurs qu'il ne faut pas compter sur un sommeil réparateur lors des nuits sans gardes qui suivent. Celles-ci ne compensent pas suffisamment la dette de sommeil. (Wali et al., 2013).

Ici comme ailleurs, j'ai recherché les publications aptes à nous renseigner sur l'effet des gardes sur la santé des vétérinaires. Malheureusement, elles sont quasi inexistantes. On peut toutefois citer la recherche récente de Kogan, Schoenfeld-Tacher, Carney, Hellyer, & Rishniw, (2021), menée auprès de 1945 vétérinaires étasuniens. La majorité d'entre eux ressent que les gardes ont un effet négatif sur leur satisfaction au travail, leur bien-être et leurs relations interpersonnelles. Ceci est plus fortement exprimé encore par les femmes vétérinaires associées. (Apparemment, il n'y a pas de vétérinaires salariés dans leur échantillon). Ces collaboratrices sont également plus susceptibles d'être d'accord avec l'affirmation « *J'ai pensé à quitter mon emploi actuel en raison de mes responsabilités de garde* » ainsi qu'avec la déclaration « *J'accepterais un emploi pour moins d'argent s'il n'incluait pas de gardes* ».

-Les gardes de week-end.

Au niveau de l'échantillon global, le nombre de **gardes de week-end** ne prédit pas la santé des vétérinaires. (Cf. tableau 4.1 ci-dessus). Mais si l'on prend en compte le genre (en contrôlant l'effet du statut), on observe un tout autre cas de figure (Cf. tableau 4.2). En effet, alors que le nombre de gardes de week-end n'affecte pas les hommes, chez les femmes, il est associé à tous les critères de santé que

nous avons retenus **15 mois plus tard** : l'épuisement émotionnel ($\beta = .23, p < .05$), les troubles du sommeil ($\beta = .20, p < .05$), les troubles somatiques ($\beta = .27, p < .05$) et les idéations suicidaires ($\beta = .21, p < .05$). Il tend à être associé au cynisme ($\beta = .20, p < .07$). Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'échantillon étasunien où les femmes étaient plus affectées que les hommes par les gardes.

Par ailleurs, et ce résultat corrobore ce que nous venons de voir, toujours chez les femmes, (mais pas chez les hommes), ces gardes de week-end sont associées au sentiment d'être un fardeau pour ses proches, un sentiment précurseur du suicide ($\beta = .13, p < .03$). Il y a donc une grande inégalité du genre concernant l'effet des gardes de week-end sur la santé physique et psychologique des femmes de notre échantillon.

« Les gardes imposées gratuitement par notre code de déontologie est en grande partie à l'origine de mon épuisement moral et physique. »

-Les gardes de nuits.

« Je sais que cela avait été abordé dans le précédent questionnaire, mais je tenais à remettre par écrit que les gardes et la PCS est une source de souffrance extrême pour moi (véto solo) »

Dans notre échantillon, 59.5% des participants réalisent des gardes de nuit. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à en réaliser (70.8% d'entre eux, comparativement aux femmes (55.2% d'entre elles). ($\text{Khi}^2, 1 \text{ ddl} = 13.75, p < .001$).

Parallèlement, les libéraux réalisent davantage de gardes de nuit (67.6% d'entre eux) comparativement aux salariés (50.8% d'entre eux). ($\text{Khi}^2, 1 \text{ ddl} = 18.46, p < .001$).

Dans l'échantillon global, les gardes de nuit n'ont qu'un effet marginal sur la santé. Au tableau 4.1, on constate que le seul critère de santé concerné est le sommeil ($\beta = .14, p < .05$). Que les gardes de nuit engendrent des troubles du sommeil n'a malheureusement rien d'étonnant. En fait, ce résultat est lié principalement aux libéraux. De fait, alors que chez eux le nombre de gardes de nuit est associé aux troubles du sommeil (Cf. tableau 4.3) ce n'est pas le cas chez les salariés.

Lorsque, comme on l'a fait avec l'amplitude horaire, on examine l'impact du nombre de gardes de nuit sur les variables des théories du suicide, on observe une influence, mais seulement pour les femmes. Mais il s'agit de tendance. De fait, plus elles réalisent de gardes de nuit, plus elles ont un sentiment d'appartenance contrariée, ($\beta = .12, p < .06$) et plus elles ont le sentiment d'être un fardeau pour leur entourage ($\beta = .08, p < .08$).

Autrement dit, on constate à nouveau, au niveau des analyses quantitatives, une quasi-absence d'effet des gardes de nuit sur la santé psychologique et physique des vétérinaires.

Nous avons déjà vu lors du premier rapport que ce résultat est en contradiction avec les propos exprimés par les vétérinaires dans les écrits qu'ils nous ont laissés en fin de questionnaire.

« Comme je le dis souvent, j'aime mon métier mais pas à n'importe quel rythme...et là, je trouve la cadence un peu soutenue (1 nuit sur 2 de garde en hiver dans le Charolais). Je me dis parfois ""Pourquoi s'infliger ça ? "" »

Comme chez les vétérinaires étasuniens présentés plus haut, ceux de notre échantillon expriment également l'influence des gardes sur leurs relations sociales :

« Enfin, avec les astreintes de nuit et de week-end régulières, il m'est difficile de voir des amis. Quand je peux, la priorité va à la famille, mais j'ai tout de même relativement peu de contact. En-dehors de ma compagne, de ma famille très proche et de mes collègues, je n'ai pas grand-monde avec qui échanger. Merci pour la lecture et bonne continuation ».

Beaucoup de vétérinaires expriment l'impact des gardes sur leur santé physique et psychologique :

« J'ai fait un burn out qui n'est pas une dépression au cours des 10 dernières années suite à une surcharge de travail. Je travaillais en équine. Une nuit sur 2 de garde. Deux week-ends sur 3 de garde. (... Partie supprimée pour respecter l'anonymat). Actuellement ayant pris conscience de la cause du problème je retravaille mais en canine pure. Plus de garde je rémunère mon associé pour qu'il les assume. Notre système de suivi de soins devient lourd trop lourd dans notre société actuelle. Même en prenant un contrat avec un centre d'appel vétérinaire ».

« L'obligation d'assurer les gardes/astreintes de nuit est une source d'angoisse constante. J'espère trouver un travail sans garde car ma vie familiale (père de 2 enfants, bientôt 3) ne s'accorde pas du tout avec les astreintes de nuit. Pratiquement je ne dors plus depuis des mois. Je suis épuisé. Je ne tolère plus les gens qui appellent de nuit pour le moindre petit problème et qui demandent d'être reçus ».

« Enfin, la Permanence des Soins et tout le stress que cela engendre est dans mon cas l'élément déterminant qui contribue à mon mal être professionnel et à mon souhait de plus en plus récurrent de quitter la profession vétérinaire. Je trouve donc très dommage que vous n'abordiez pas ce sujet qui je pense est une cause commune de souffrance à toute la profession »

Pour certains, cette question des gardes est une entrave à l'installation en libéral :

« C'est le point le plus crucial sur le bien-être au travail pour moi et ce qui me bloque pour ouvrir mon cabinet : aucune envie d'être corvéable à merci tous les jours et toutes nuits !! Dommage... car je rêve sincèrement de créer ma propre structure. »

Par ailleurs, la question de la rémunération de ces gardes de nuit est récurrente dans les propos laissés par les vétérinaires :

« Très gros problème de rémunération des vétérinaires salariés avec une convention collective qui ferait rougir de honte les syndicats de la métallurgie, la CFE CGC etc. Gardes de nuit et de jour férié très mal rémunérées à seulement 20% de majoration : une honte (regardez en hôtellerie etc., c'est beaucoup plus). Forfait jour honteux et esclavagiste. Le système français donne envie d'arrêter le métier ou de partir à l'étranger où il est mieux rémunéré et reconnu. »

Les écrits de cette vétérinaire concentrent une bonne partie des plaintes et des revendications des salariés vis-à-vis des gardes :

« Les gardes ! Combinées aux horaires de travail ! Comment l'Ordre n'a pas encore fait évoluer notre statut pour laisser libre à chacun le choix de faire des astreintes ?! C'est la partie la plus horrible de mon travail. 1. par le challenge d'être seul(e) face à des situations d'urgence parfois difficiles. 2. le fait que ces astreintes ne soient pas prises en compte dans les horaires normaux de travail : on fait un 35h ou un forfait 4,5 jours, comme toute la population et EN PLUS, rajoutez les nuits et weekends de garde, qui prennent sur le repos nécessaire à une santé mentale saine !

Les réveils pour urgence en pleine nuit alors que l'on bosse le lendemain, sans compensation de temps, car ce n'est pas prévu par la convention. Ça me donne envie de changer de métier ! Cela fait 3 mois que je ne fais plus de gardes (remplacements sous cette condition) et je me sens tellement mieux dans mes baskets et au travail. Malheureusement, en retournant en CDI, je vais devoir les reprendre et j'ai la boule au ventre rien que d'y penser. Les rythmes sont trop soutenus. Les horaires de travail, si combinés avec des gardes, doivent être réduits !! Notre métier peut être tellement plus agréable sans les gardes ! Comme les médecins... Et en copiant le système du Royaume-Uni, qui redirige vers les hôpitaux...

Toutefois nous vérifions à nouveau cette absence de lien entre gardes de nuit et santé au niveau longitudinal.

4.1.4. Le nombre de clients reçus quotidiennement.

Comme on le voit au tableau 4.1, le nombre de consultations quotidiennes a un effet négatif sur l'ensemble des variables de santé retenues dans notre recherche. C'est la variable « objective » liée au travail qui impacte le plus, et de loin, la santé des vétérinaires. Quels peuvent être les processus sous-jacents ?

Alors que traditionnellement le statut professionnel conférait à l'individu une considération sociale en soi, de plus en plus, on observe une délitescence de l'autorité des professions qui s'accompagne d'une revendication de droits et de comportements peu amènes, voire agressifs, des clients. Ceci est particulièrement vrai dans le secteur tertiaire (plus de 70% des emplois en Europe), et notamment dans les relations de service et de soins. Les vétérinaires n'échappent pas à la règle.

Dans les relations d'aide et de soins, les professionnels attendent pour le moins du client ou du patient qu'il manifeste des comportements de coopération, d'observance et d'un minimum de reconnaissance. Ceci donne un équilibre psychologique à la relation. Les investissements du professionnel, en termes d'années d'étude, de compétence, de temps passé, d'énergie, etc., sont payés de retour par les attitudes reconnaissantes de la part des clients et par les conduites gratifiantes qui les accompagnent. Ce sentiment d'équité, qui vaut autant pour les relations avec les collègues, les supérieurs hiérarchiques qu'avec les clients, est fondamental pour alimenter la satisfaction au travail. Mais si l'équilibre est rompu, si le client se montre peu respectueux, agressif verbalement, voir comportementalement, alors le professionnel éprouvera de la détresse psychologique et sera tenté de se désengager de son travail. Ceci a largement été démontré. (e.g., Greenberg, 2001).

Or il semble que les vétérinaires aient de plus en plus à faire face à des attitudes et des comportements agressifs qui engendrent une rupture du contrat social implicite les reliant normalement à leur client. Ce constat est sans doute d'autant plus douloureux qu'il s'agit là d'une profession vocationnelle, au service des animaux et de leurs propriétaires.

Il est donc probable que plus augmente le nombre de clients vus par jour, plus s'accroît parallèlement la probabilité de faire face à des comportements négatifs taraudant les ressources psychologiques des praticiens. Ainsi, le nombre de clients reçus quotidiennement, en multipliant les tâches à accomplir ou à répéter, augmente la charge quantitative. Il augmente également la charge qualitative puisque le professionnel est davantage confronté aux comportements difficiles à gérer, qu'il s'agisse d'incivilités

ou de débordements émotionnels. Ainsi, dans une recherche auprès de médecins généralistes français et roumains (Truchot & Kmiec-Bardu, 2004), nous avons trouvé que le nombre de consultations journalières était associé à l'épuisement émotionnel et au cynisme (à la dépersonnalisation). Par ailleurs, Irwin, Silver-MacMahon, & Wilcke, (2022) ont récemment conduit une étude sur les incivilités provenant des clients et des collègues auprès de 252 personnels vétérinaires du Royaume-Uni et d'Irlande. L'échantillon est composé de vétérinaires, d'infirmières vétérinaires (*veterinary nurse*), d'assistantes vétérinaires, (*animal care assistant*), etc. Les auteurs trouvent que l'incivilité des clients est associée à l'anxiété et à la dépression ainsi qu'au burnout.

Passons à l'analyse de nos données.

Dans notre échantillon de vétérinaires les analyses de régressions multiples indiquent que **le nombre de clients reçus par jour est associé à toutes les variables de santé.** (Cf. tableaux 4.1, 4.2 et 4.3). Ceci après contrôle des variables « genre » (hommes vs. femmes) et « statut » (libéral vs. salarié). En effet cette variable est associée à l'épuisement émotionnel ($\beta = .21, p < .001$), au cynisme ($\beta = .12, p < .05$), aux troubles du sommeil ($\beta = .28, p < .001$), somatiques ($\beta = .13, p < .01$) ainsi qu'aux idéations suicidaires ($\beta = .17, p < .01$).

Les analyses réalisées en fonction du genre et du statut (tableaux 4.2 et Y) nous amènent à préciser ces résultats. En effet, si pour les deux genres le nombre de clients par jour prédit l'épuisement émotionnel et les troubles du sommeil, en revanche, il ne prédit les troubles somatiques et les idéations suicidaires que chez les hommes ($\beta = .26, p < .01$ et $\beta = .32, p < .001$, respectivement). Ceci après contrôle des effets du statut.

On observe *mutatis mutandis* le même type de résultat, en prenant en compte le statut tout en contrôlant l'effet du genre. De fait, à nouveau le nombre de clients reçus par jour est associé longitudinalement à l'épuisement émotionnel et aux troubles du sommeil pour les libéraux et pour les salariés, en revanche ce n'est que chez les libéraux que le nombre de clients reçus quotidiennement prédit les idéations suicidaires ($\beta = .29, p < .001$) et, mais c'est une tendance, les troubles somatiques ($\beta = .12, p < .08$).

A la lecture des notes laissées en fin de questionnaire, les relations décevantes, conflictuelles avec les clients sont souvent citées. Il m'a donc semblé opportun d'en faire une analyse de contenu et d'en présenter un compte rendu.

4.1.5. Une analyse des verbatim.

Le manque de reconnaissance, dont je parlais plus haut à propos des relations équilibrées et équitables, est fréquemment abordé par les vétérinaires en fin de questionnaire. Voici quelques exemples :

« *Problème de la reconnaissance des clients vis à vis des soins effectués sur leurs animaux* »

« *Reconnaissance de notre profession par les clients, relation de confiance avec les clients* »

« *Et absence de reconnaissance et dénigrement de la part des propriétaires,* »

« *Le manque de reconnaissance des patrons et des clients* »

« *Problème de reconnaissance et du respect de la profession par certains propriétaires d'animaux* »

« Et absence de reconnaissance et dénigrement de la part des propriétaires »

« La sensation d'être dénigré/méprisé/mal considéré par certains clients (par manque de résultats, à cause de freins financiers, par manque de disponibilité »

« Le questionnaire n'aborde pas la relation aux clients. Je ressens de leur part un insatisfaction récurrente et non justifiée qui me pèse énormément. J'ai l'impression de donner tout mon cœur et mes efforts pour très peu de reconnaissance ».

Dans certains cas, les vétérinaires font directement le lien entre manque de reconnaissance et de respect et leur mal-être au travail :

« Globalement épuisée par la charge de travail et l'absence de reconnaissance de la part des clients »

« Ce qui me pèse le plus dans la pratique, ce sont les contraintes et le manque de respect de certains propriétaires/manque de reconnaissance ».

« Trop peu de remerciements pour notre travail, très peu de considération. Clients de plus en plus sans gêne (pas de RDV, exigence sans moyens, dérangement à n'importe quelle heure de la garde pour tout et n'importe quoi). Pourquoi bosser 70 heures par semaines pour aucune considération et un revenu pas à la hauteur ? Surtout quand on voit tous les gens qui profite du système d'aide que l'on paye avec nos charges/impôts... »

Nous reviendrons plus bas sur les conséquences perçues de l'ensemble des comportements négatifs des clients.

Non seulement, les clients ne manifestent pas de gratitude, mais **ils manquent de respect et commettent des incivilités** :

« La relation client véto avec les incivilités »

« Incivilités des propriétaires »

« La manière dont certains clients traitent les vétérinaires »

« Le client roi : accepter des comportements irrespectueux »

« Le problème c'est de gérer les propriétaires, surtout leurs caprices, leurs d'humeurs, leur remarques irrespectueuses »

« Non-respect de la demande de prendre rendez-vous, règles de distanciation : devoir faire la police et se justifier à longueur de temps, gestion quasi quotidienne de situations conflictuelles avec des clients »

« Les proprio incivils et complètement tarés qui eux aussi nous mettent la pression. »

"Rajoutent à la physique psychique l'exigence de la clientèle et la difficulté croissante à gérer les rdv (rdv non honorés, retards des clients)

Le fait qu'ils soient peu reconnaissants n'empêchent pourtant pas les clients d'être **particulièrement exigeants**, d'avoir même des **attentes irréalistes** vis-à-vis des vétérinaires

« Exigences croissantes des propriétaires »

« La pression subie en garde notamment vis à vis de l'exigence de la clientèle »

« Il faut toujours faire vite sinon on n'est pas une bonne véto »

« Les attentes des propriétaires qui augmentent pour des coûts toujours trop élevés selon eux - l'image du vétérinaire qui devient presque un bien de consommation – les pressions des clients »

« La pression des clients (exigence inouïe, impolitesse) de plus en plus fréquente »

« La pression des clients pour la disponibilité non-stop du vétérinaire »

« La mentalité des clients qui nous appellent change et nous oblige à nous déplacer pour des brouilles »

« La perception des clients concernant le métier de vétérinaire : vétérinaire corvéable à merci, respect de la vie privée, niveau d'exigence etc. »

« Agressivité et suspicion des clients. La tout, tout de suite, maintenant »

« Bonjour. Je n'ai pas retrouvé dans ce questionnaire de questions sur la pression psychologique des clients envers nous, la gestion des URGENCES dermatologiques datant de plusieurs jours par exemple ! L'impression que nous n'avons pas le droit de leur dire non, corvéable à merci ! »

« Je pense que la gestion des conflits avec les clients, le tout tout de suite (la vie selon internet) concourent aussi à participer au stress de la vie professionnelle avec une augmentation de l'agressivité de certains clients, Perte de clients de longue date Sujets à aborder »

« PENIBILITE DE LA CLIENTELE ET EXIGENCES INADAPTEES OU DERAISONNABLES »

« Le stress induit par les exigences des clients. »

Pour certains vétérinaires ces exigences des clients sont même le stresser le plus important, au-delà des horaires de travail :

« Pour ma part, je pense qu'une partie du problème n'est pas le métier en tant que tel ou les horaires mais plutôt le comportement des propriétaires, impatience, jugement, vouloir le mieux sans vouloir payer quoi que ce soit, suspicion envers la profession... et lynchage gratuit à tout va... psychologiquement cela s'ajoute à notre métier qui est déjà énergivore. »

Parmi les exigences rapportées, les vétérinaires évoquent également la « **pression** » venant des clients. Cette référence aux pressions concerne souvent les résultats des soins, le coût financier des interventions, et la disponibilité.

« Pression des clients sur les résultats, le tout gratuitement car sinon on n'aime pas les animaux. »

« La pression de réussite, de jugement, de frais minimum exercé par le propriétaire, ainsi que le fait qu'en payant il se croie dans la possibilité de disposer de notre temps et de pouvoir nous parler comme bon lui semble – non-respect du temps de travail par les propriétaires qui ne respectent pas la vie privée. Usant.

« La pression exercée par les propriétaires/ leurs exigences insatiables/ le fait que les propriétaires deviennent de plus en plus procédurier et que tout doit être fait tout de suite à moindre coût, Qu'importe l'heure et le jour. »

« Je pense à la pression mise par les propriétaires avec cette obligation de résultat permanente, à moindre de frais parce que si on a choisi ce métier-là "c'est par passion" donc il est limite inconvenant de facturer selon certains. Et également aux astreintes où nous sommes très souvent dérangés pour rien, ce sont rarement de vrais urgences, mais les gens ont tellement l'habitude d'avoir tout, tout de suite, qu'ils appellent quand bon leur semble, sans se soucier de l'heure, de l'intérêt de leur appel. Peut-être faire des campagnes de sensibilisation sur le fait que le vétérinaire mange, dort, a une famille, et ne passe pas sa journée H24 à la clinique à attendre kiki qui a une tique. »

« La pression subie par l'insatisfaction des clients, leurs demandes en perpétuelles augmentations, la mise en concurrence avec les confrères »

L'agressivité : Les vétérinaires évoquent également les **comportements agressifs et les menaces** des clients.

« Les menaces des clients // Violence verbale par les clients // l'agressivité des clients qui monte // Agressions verbales et incivilités des clients // Harcèlement de clients ».

« Menaces de la part des propriétaires, et agressions verbales, plaintes pour un oui ou pour un non »

« Agressivités des propriétaires envers le vétérinaire »

« Ressenti post Agressions verbales / physiques/ clients cons et chiants »

« Les injures / insultes / menaces des clients notamment en garde »

« Le stress et l'agressivité grandissants de la clientèle et de la société française en général »

« J'ai été agressée verbalement, jusqu'à des menaces de morts alors même que j'avais donné le meilleur de moi-même.

« L'agressivité des propriétaires et leur exigence augmente de plus en plus. Aucun droit à l'erreur ou au doute... ils veulent tout tout de suite et pas cher. La pression économique et psychologique est importante et aucun soutien de la profession ».

Le fait d'être « pris pour un voleur » : La littérature offre vraiment peu de travaux sur la perception du vétérinaire par le public. Quelques études étasuniennes rapportent qu'ils jouissent d'une bonne image, meilleures que celle des médecins (Kedrowicz & Royal, 2020). En France les vétérinaires sont parfois perçus comme nantis. Cette représentation contribue peut-être au fait que pour certains clients mécontents et agressifs, les vétérinaires soient carrément « des voleurs ». Ces derniers souffrent de cette image stéréotypée que leur renvoient certains clients :

« Vision de nanti du vétérinaire qui ne devrait même pas se faire rémunérer »

« Les conflits avec les propriétaires : le sentiment d'être pris pour un voleur, le manque de confiance de certaines personnes et le fait de ne pas vouloir payer quand les animaux meurent »

« Jugements de la part des propriétaires sur le métier de vétérinaire (voleurs, toujours fautifs) et peu de reconnaissance »

« Une remise en question quotidienne sur son utilité et le fait qu'on soit des profiteurs égoïstes qui ne pensons qu'à nous même (alors qu'on donne tout à tout le monde sauf à soi-même) »

« Le rapport à l'argent, aux frais pour lesquels les propriétaires nous reprochent d'être des voleurs »

Les avis sur les réseaux sociaux : Certains participants désignent avec amertume les dénigrement, les acharnements ou les agressions dont ils sont victimes sur les réseaux sociaux et face auxquels ils se sentent impuissants et affectés moralement.

« **Gros impact avis Google sur le moral** (pour moi un mauvais avis non justifié est très dévalorisant et a un **impact pendant plusieurs jours sur mon moral**) »

« **L'impact des avis négatifs** sur les réseaux sociaux alors que nous ne connaissons même pas les personnes (client inconnu, nom non mentionné) »

« L'Ordre ne défend pas assez les vétérinaires fassent au chantage de la clientèle à la réputation, avis Google et autres mesquineries de plus en plus fréquentes. Les confrères devraient aussi plutôt se serrer les coudes et faire front face à la clientèle face au véto-bashing et être promoteurs d'une revalorisation de nos honoraires. »

« Les notes Google qui ne correspondent pas au travail fait, mais le plus souvent à des clients insatisfaits chroniques ou ayant la volonté de nuire, **contre lesquels on se sent démunis** »

« Les réseaux sociaux et la "notation" systématique de nos "performances" par des non-initiés (!!!) »

« **Bashing sur les réseaux sociaux** »

« **Pression accrue des avis sur Google business et les réseaux sociaux** »

Les menaces et la judiciarisation : Parallèlement à ces attaques, on trouve chez les vétérinaires comme ailleurs, la dramatisation des différents interpersonnels et la menace de leur déplacement du terrain social à celui de la judiciarisation.

« **Exigence des clients et risques de procès** (cela influe pas mal sur le ressenti / la manière d'exercer, notamment en équine). »

« **La dureté et l'exigence des clients. Les menaces verbales des clients. Les plaintes ordinaires au moindre problème. Les règlements de compte sur les réseaux sociaux.** »

« **Plaintes mensongères de clients attirés par l'appât du gain facile.** »

« **Burn Out Clients procéduriers.** »

« **Crainte des recours des propriétaires en cas de problèmes** »

« **Clientèle procédurière, obligation de contrats de soins pour presque tout à présent** »

« **La menace de faire des procès à tout va également avec la sensation que si un procès est commencé contre un vétérinaire, ce dernier part dans la majeure partie des situations déjà perdant** »

et sans défense ni protection, Il est difficile de travailler sous ces contraintes notamment quand on donne beaucoup de notre temps libre en plus du temps personnel dans notre métier »

Le verbatim suivant illustre parfaitement cette rupture du contrat psychologique avec les clients :

« Un point qui vaudrait le coup d'être étudié et qui, personnellement, affecte ma pratique quotidienne : la perte de confiance avec les clients. En trois ans de pratique, j'ai déjà subi un litige avec un client où l'assurance m'a donné tort alors que mes collègues et moi n'étions pas d'accord, une plainte à l'ordre (qui heureusement n'a pas abouti), le vol de la caisse (a priori par un client reçu) lors d'une garde extrêmement chargée où je suis allée au bout de moi-même, les nombreuses menaces de porter plainte vis-à-vis de nos soins ou les avis google négatifs injustifiés. J'essaie au maximum de comprendre l'attente du client pour adapter mes prises en charge et je redoute que ça ne convienne pas, je redoute les retours de bâton quand ça ne se passe pas comme le client le souhaite, et je n'aime pas les conflits, L'injustice du client et son mécontentement m'affectent beaucoup, surtout que je m'implique beaucoup dans mes cas et que je suis très empathique avec les clients, Pour moi, c'est un aspect non négligeable qui peut affecter mon moral au travail. »

En parallèle à ces propos certains vétérinaires suggèrent une intervention de l'Ordre afin de recevoir un soutien juridique :

« J'aimerais un peu plus de protection juridique pour couvrir le vétérinaire dans son exercice, pour être tranquille et éviter des plaintes ou des mails à l'ordre. »

Qu'il s'agisse du manque de respect, des incivilités, des exigences ou de l'agressivité, les vétérinaires perçoivent également une **progression de ces comportements** qui irait en s'accroissant et en s'aggravant au fil des années.

*« **Changement de l'attitude des clients** : désinvolte et même agressive donc rapport dégradés avec clients » ;*

*« **Perte progressive** des valeurs morales des clients. » ;*

*« Le respect de la profession par les clients me semble aussi **évoluer défavorablement**, on a l'impression d'une « consommation » de soins vétérinaires ».*

*« La mentalité des clients **change et on est de plus en plus déconsidéré** ».*

*« **Evolutions** des attentes des propriétaires (exigences **en hausse**, confiance **en baisse**, techniques et savoirs demandés **en hausse**, irritabilité, judiciarisation, contractualisation. »*

*« La vision des clients de la profession souvent loin des faits, Notre profession a sans doute beaucoup évolué ses 10-20 dernières années, L'exigence des clients est de **plus en plus forte, de plus en plus impatients**, Le parallèle avec une prise en charge humaine devrait les faire relativiser notamment en terme de délai de prise en charge, et de coût. »*

*« D'autre part, depuis le confinement, je trouve les **clients plus exigeants, plus impatients**, ils nous demandent **de plus en plus**, Une certaine lassitude parfois pour un beau métier. »*

« Mauvaise image des vétérinaires **exigences croissantes** des clients. »

« Syndrome de l'imposteur face à une clientèle qui se veut **toujours plus exigeante, toujours plus "renseignée sur internet"**, pas très éduquée sur des notions de base parfois et qui souhaite l'injection miracle à moindre coût ».

« L'insolence et l'agressivité verbale des propriétaires sont 2 paramètres qui baissent énormément le moral du vétérinaire et **c'est de plus en plus quotidien**. »

« Le stress et l'agressivité **grandissants** de la clientèle et de la société française en général »

« L'agressivité et le manque de respect **croissant** que les propriétaires ont à notre égard, **l'augmentation de leur exigence** aussi (on doit tout faire au moindre coût), le peu de reconnaissance. »

« L'agressivité des propriétaires et leur exigence **augmentent de plus en plus**. Aucun droit à l'erreur ou au doute... ils veulent tout tout de suite et pas cher. La pression économique et psychologique est importante et aucun soutien de la profession ».

« L'exigence des clients qui **augmente de plus en plus et qui sont de plus en plus intransigeants**, sans droit au doute, à l'erreur, difficile à vivre quand on débute dans la profession et plus tard également, avec les avis négatifs google à la clé. »

« Gestion des clients **de plus en plus** exigeants et autoritaires. »

« Je trouve que les clients sont **de plus en plus** exigeants et agressifs et c'est une source de stress pour moi »

« **L'exigence croissante** des clients et la possibilité de nous solliciter par tous les canaux possibles et imaginables : e-mail, messages sur les sites, Facebook, etc., qui nous rend joignables en permanence à leurs yeux »

« Je trouve que la pression sociale de la part des propriétaires qui cherche toujours à trouver moins cher et mieux avec la pression économique **et l'exigence des clients croissante** sont un problème de notre profession ».

Conséquences

Dans certains verbatim, les vétérinaires évoquent aussi les conséquences concrètes qu'entraînent ces relations difficiles avec leurs clients.

« Les relations clients parfois compliquées qui nous mettent dans un état de stress, et auxquelles on continue de penser une fois rentrés chez soi »

« Ce questionnaire aborde peu ce que les clients peuvent demander comme disponibilité, et l'énergie que consomme l'empathie qu'on porte à nos patients et clients, qui représente pour moi la plus grosse source d'épuisement »

« Aujourd'hui je pense que je n'aurai pas d'enfant avec mon partenaire depuis 10 ans car je ne vois pas comment je pourrai m'occuper correctement d'un enfant avec la charge de travail, notamment la disponibilité liée aux astreintes et la charge mentale des clients de plus en plus mal élevés. »

« La fatigue engendrée par les clients 'vampires' ».

« La relation client est un axe fondamental pour comprendre le mal-être au travail des vétérinaires, notamment pendant les gardes. »

Parmi les conséquences les vétérinaires évoquent également leur envie de quitter la profession, ou le regret de l'avoir choisie :

« Souhait de réorientation professionnelle suite à comportement clientèle. »

« Recherche d'une réorientation professionnelle pour arrêter le travail en clinique et ses responsabilités, face à la clientèle exigeante. »

« La reconversion professionnelle : les clients qui portent plainte, menacent, insultent. »

« Oui, le changement de métier, J'espère changer de travail sous 1 an maximum car je n'en peux plus d'assumer la gestion d'une structure et d'être un vétérinaire opérationnel, Je trouve que la rémunération des vétérinaires et la valorisation des actes n'est pas un sujet suffisamment abordé, Je trouve triste que la surcharge de travail et la pression des clients nous conduisent à abandonner ce beau métier! Mais rester, c'est se mettre en danger pour ma part. »

« La pression et l'exigence grandissante des clients, certains n'hésitent pas à nous insulter lorsque l'on ne délivre pas de médicaments sans ordonnance "ah c'est beau les vétérinaires qui laissent mourir les animaux", Certains n'ont aucune reconnaissance, arrivent avec 1h de retard et s'offusquent encore d'être pris avec 30 minutes de retard alors que l'on court partout toute la journée, J'ai peu d'expérience (année de sortie 2020) et je pense déjà à arrêter un jour. Je ne me vois pas continuer ce métier toute ma vie. »

« Manque de reconnaissance très pénible au quotidien, Les propriétaires n'ayant aucune notion du coût des soins et de nos charges, J'aime mon travail mais je ne referais pas mes études si j'avais su »

« Réorientation Métier qui tend à devenir un métier de service plus que de soins Évolution de la place de l'animal de compagnie »

Les relations avec les clients représentent donc une source de tension, de stress, qui envahit la vie quotidienne de certains vétérinaires et va jusqu'à alimenter l'envie de quitter la profession. Nous avons vu qu'elle était associée à tous les indicateurs de santé. C'est donc certainement une source de stress pour laquelle il serait utile de réfléchir aux meilleures ressources pour y faire face.

Il nous faut encore noter que si nous observons certains liens entre les caractéristiques objectives de la charge de travail et les critères de santé retenus pour cette recherche, l'impact global demeure relativement modeste. En effet, si l'on s'intéresse pour chaque critère de santé à sa part de variance expliquée par la charge de travail, on constate qu'elle est plutôt faible. Elle est, au niveau global, de 5% pour l'épuisement émotionnel, de 2% pour le cynisme et les troubles somatiques, de 8% pour les troubles du sommeil et de 4% pour les idéations suicidaires. (On peut lire ces pourcentages sur les tableaux 4.1, 4.2 et 4.3 ci-dessus, en se référant aux « R^2 »).

Résumé.

L'amplitude horaire est liée aux idéations suicidaires, ce qui traduit l'aspect pathogène de cette variable. Mais elle n'est pas liée au burnout, aux troubles somatiques, ou aux troubles du sommeil. Toutefois, nous avons vu que l'étude de cette variable présente tout un ensemble de difficultés.

Si l'on s'en tient aux verbatim, le nombre de nuits réalisées par mois représente un facteur de stress particulièrement important. Cependant, les données quantitatives ne corroborent pas ces propos. En effet, le nombre mensuel de gardes de nuits n'est associé qu'aux troubles du sommeil.

Les gardes de week-end impactent négativement l'ensemble des variables de santé, mais chez les femmes uniquement.

En revanche, le nombre de clients reçus chaque jour en T1 laisse des traces profondes sur la santé en T2. Cette caractéristique du travail est associée significativement 15 mois plus tard, à l'ensemble des critères de santé retenus ici. Une des hypothèses possibles est l'impact des comportements d'incivilité des clients.

Notons que prises dans leur ensemble ces caractéristiques du travail n'expliquent qu'une proportion mineure de la variance des variables de santé

5. L'influence des stressseurs perçus sur la santé. Analyse longitudinale.

Au cours de ce chapitre, nous étudierons dans quelle mesure les 8 stressseurs perçus en T1 et largement exposés dans le premier rapport de recherche, influencent les variables de santé retenues 15 mois plus tard.

Après quoi nous verrons qu'un stressseur inattendu, et au statut particulier, le présentéisme, impacte également la santé des vétérinaires.

Pour rappel, en T1, nous avons identifié huit catégories de stressseurs professionnels auxquels font face les vétérinaires :

- La Charge de travail et l'Interface Vie Professionnelle-Vie Privée
- La Négligence, maltraitance des Clients envers Animaux
- La Charge émotionnelle face à la détresse
- Les Problèmes financiers
- Les Conflits, tensions avec les collègues
- La Peur de l'erreur
- La Peur des blessures
- Les Interruptions pendant son activité.

Parmi ceux –ci, la charge de travail (et l'interface vie professionnelle –vie privée), la peur de l'erreur et les interruptions pendant son activité étaient les plus fortement associés à la santé des vétérinaires.

5.1. Quels stressseurs perçus en T1 prédisent-ils le burnout, les troubles somatiques, les troubles du sommeil et les idéations suicidaires en T2, c'est-à-dire 15 mois plus tard ?

Au tableau 5.1, on trouvera les résultats des analyses de régressions multiples linéaires. Ils nous indiquent le **poinds relatif** de chaque stressseur.

5.1.1. La charge de travail et l'interface vie professionnelle-vie privée.

Ces analyses indiquent que **la charge de travail et l'interface vie professionnelle / vie privée** est le stressseur le plus fortement associé au burnout et aux troubles du sommeil au niveau longitudinal. En effet, ce stressseur prédit très significativement l'épuisement émotionnel, le noyau dur du burnout ($\beta = .32, p < .0001$) ainsi que les troubles du sommeil ($\beta = .23, p < .0001$), les troubles somatiques, ($\beta = .21, p < .0001$), et les idéations suicidaires ($\beta = .12, p < .05$). On note encore un lien, mais non significatif, entre charge de travail et cynisme ($\beta = .11, p < .08$).

La charge de travail et ses débordements sur la sphère privée, représente donc un stressseur redoutable. Elle prédit non seulement l'épuisement émotionnel, les troubles du sommeil, et les troubles somatiques, **mais également les idéations suicidaires** 15 mois plus tard. Rappelons que les items qui composent ce facteur de stress recouvrent à la fois l'amplitude horaire (« *J'arrive tôt à la clinique et je termine tard mes journées de travail* »), l'idée que cette charge est contrainte, (« *La permanence et la continuité des soins m'obligent à travailler plus que ce que je souhaiterais* »), un sentiment d'injustice (« *J'estime que mon salaire n'est pas à la hauteur de ma charge de travail* ») et un conflit entre la vie professionnelle et la vie privée : « *Mon travail rend difficile la conciliation vie privée/vie professionnelles* » ; « *Ma vie professionnelle m'empêche d'avoir des activités extra-professionnelles (sport, loisirs, sorties...)* » ; « *J'ai du mal à poser des congés même quand je sens que j'en ai besoin* ».

« Le seul aspect de mon travail que je trouve insupportable est la PCS, En tant que mère et femme je le trouve de plus en plus incompatible avec la façon dont laquelle j'aimerais vivre ma vie, Ceci pèse sur toute la famille et crée énormément de conflits dans mon couple »

« Charge mentale et travail demandé socialement à une femme dans son foyer ET dans son emploi! »

"Ma plus grande souffrance au travail, est le fait que ne trouvant plus de salarié ou d'associé potentiel, je suis seul à travailler 6j/7 de gardes 24h/24 en rurale et en gardes organisées en canine, sans repos, ni vacances depuis 2 ans et sans perspective d'amélioration rapide. En épuisement professionnel, je me lève avec une très grande fatigue, supporte de moins en moins les gardes et le fait d'être d'astreinte 24h/24. Je ne vis plus que pour travailler, je ne profite plus de rien, et je sens que ma femme et mes filles commencent à se lasser de cette situation, ne partageant plus rien avec eux.

	Épuisement émotionnel	Cynisme	Efficacité prof.	Troubles somatiques	Problème sommeil	Idéations suicidaires
Genre	.11*	.00	.09	.22***	.06	-.04
Age	.01	-.03	.08	.07	.14**	.04
ΔR²	.01	.00	.02	.04	.02	.00
Charge travail /Interface Vie Profession.-Vie Privée	.32***	.11 (.08)	-.07	.21***	.23***	.12*
Négligence, maltraitance des Clients	0	-.02	.11	-.03	.04	.03
Charge émotionnelle face à la détresse	.09	.02	-.04	.13*	.04	.15*
Problèmes financiers	-.00	.09	-.06	.07	.13*	.14*
Conflits, tensions avec les collègues	.09*	.11*	-.05	.20***	.11*	.03
Peur de l'erreur	.09	.14*	-.21**	.02	.02	.03
Peur des blessures	.08	.21**	-.14*	.16**	.06	.12*
Interruptions	.04	.00	.10	-.03	-.06	-.01
ΔR²	.25	.18	.09	.25	.15	.14

Tableau 5.1 Influence des stressseurs perçus en T1 sur la santé en T2* p<.001 ; **p<.01 ; *p<.05**

Je reviendrai plus bas sur ce stressseur en montrant comment cette charge de travail et son débordement sur la vie privée conduisent les vétérinaires à éprouver des sentiments de défaite, d'être un fardeau pour les siens, et finalement d'être piégés dans leur situation, autant de facteurs conduisant au suicide.

5.1.2. Les conflits avec les collègues.

Les conflits avec les collègues représentent un autre facteur fortement associé longitudinalement à la santé des vétérinaires. Ils sont associés à l'épuisement émotionnel ($\beta = .09$, $p < .05$), au cynisme ($\beta = .11$, $p < .03$) et aux troubles du sommeil. ($\beta = .10$, $p < .04$) quinze mois plus tard. Ils sont également fortement associés aux troubles somatiques.

Toutefois on note que ces conflits ne prédisent pas les idéations suicidaires.

Ces résultats s'inscrivent dans ce qui est le plus souvent observé dans la littérature. On sait qu'au travail, les conflits interpersonnels figurent parmi les facteurs de stress majeurs. Ces conflits peuvent se dérouler entre collègues de même niveau hiérarchique ou entre un employé et son supérieur. Ils peuvent également se produire entre différents groupes ou catégories de personnels. Dans ce rapport, les items évaluant les conflits concernaient les collègues « en général » sans préciser davantage. Par exemple : « il y a des conflits entre les membres de la clinique » ; « je dois gérer des tensions avec mes collègues ».

Néanmoins, il est étonnant de constater que, si la question des conflits interpersonnels au travail a été largement documentée, elle est totalement ignorée dans la littérature sur les vétérinaires. A titre d'exemple, dans une revue de questions récente portant sur le stress et les tensions ressentis par le vétérinaires, (Pohl, Botscharow, Böckelmann, & Thielmann 2022), les conflits avec les collègues n'apparaissent pas.

Au travail, les conflits interpersonnels ont des conséquences sur le bien-être des employés (Frone, 2005). Ils sont associés, par exemple, à une moindre satisfaction au travail, à la dépression, à une chute des performances et même, chez les femmes, à une incapacité au travail (Appelberg, Romanov, Heikkilä, Honkasalo, Koskenvuo, 1996). Pour des revues de questions récentes sur le sujet, on peut lire Bonaccio, Lapierre, & O'Reilly, (2019), ou Kuriakose, Sreejesh, Jose, Anusree, & Jose, (2019).

Lors du premier rapport, nous avons cité plusieurs verbatim qui reflétait la nature des conflits entre collègues, notamment entre employeur et employé. Voici de nouveaux propos qui les complètent.

« Le harcèlement moral c'est un sujet qui m'est arrivé plusieurs fois, et que probablement souffrent d'autres collègues. Dans ma structure, qui fait partie de la recherche privée, c'est une méthode systématique, épuiser émotionnellement certaines salariées, les dénigrer et faire perdre leur confiance en soi et particulièrement les cadres vétérinaires ou d'autres chercheurs/ ingénieures ».

« Je suis en arrêt pour burn out depuis 11 mois. J'ai eu le sentiment de vivre un vrai harcèlement de la part de mes employeurs, qui n'admettaient pas que je voulais ménager du temps pour ma vie perso. Ajouté à ça la charge émotionnelle liée à notre métier (chagrin, décès, colère, incompréhension). Je me suis écroulée. J'en éprouve une grande honte de ne pas avoir été « à la hauteur » et de ne pas avoir tenu là où tant d'autres tiennent... ».

« J'aurais aimé que ce questionnaire fasse la distinction entre les vétérinaires salariés et les vétérinaires chef d'entreprise car en particulier dans les dernières questions avec le terme "collègues" on pourrait croire, en tout cas dans mon cas que ce sont mes collègues mais pas du tout, ce sont mes employés (vétérinaire et ASV) et je trouve qu'on parle rarement voire jamais du mal être et de la souffrance des vétérinaires dirigeants chefs d'entreprise solo au travail (le poids des responsabilités, l'insubordination, le non-respect des salariés vis à vis de leur supérieur, l'épuisement du manager, ...). Je trouve très regrettable qu'on n'aborde jamais ces difficultés qui sont réelles et quotidiennes pour ma part, très éprouvantes et lourdes de conséquences pour ma vie tant professionnelle que privée. »

« Il fait état des relations entre collègues mais pas entre subordonnés. Mes collègues savent le travail que j'accomplis, les responsables de la structure non. »

Mais terminons ces citations par une note plus positive :

« Je navigue souvent entre pensées positives, neutres et négatives au cours d'une même semaine. Au final, quand je pèse le pour et le contre de mon quotidien, la balance penche toujours côté positif. Les relations avec mes collègues, mes clients, mes patients, mon entourage proche sont plus source de bonheur que de stress mais certaines journées sont difficiles. »

5.1.3. La peur de l'erreur

La peur de l'erreur tend à être associée à l'épuisement émotionnel. Elle prédit le cynisme ($\beta = .14$, $p < .01$) et la réduction de l'efficacité professionnelle ($\beta = -.21$, $p < .0001$).

Dans une recherche menée auprès de 1796 vétérinaires britanniques, Bartram, Yadegarfar, & Baldwin, (2009), observent que le fait de commettre des erreurs (et non d'avoir peur d'en commettre) fait partie des plus forts contributeurs au stress ressenti. Quarante pour cent des vétérinaires de l'échantillon indiquent que commettre des erreurs contribue « beaucoup » ou « vraiment beaucoup » à leur stress. Les auteurs signalent par ailleurs que les réponses sont significativement plus élevées chez les femmes, comparativement aux hommes et qu'elles décroissent significativement avec l'âge. La spécialité « animaux de compagnie » figure parmi les plus touchées, ce qui est cohérent avec nos résultats concernant ce sous-groupe professionnel. (Cf. plus haut).

"Entre les deux études, j'ai fait un burn out, j'ai joué à pile ou face le suicide un soir après une énorme journée de boulot et une grosse erreur médicale ayant entraîné la mort d'un chat et l'énorme peine de ses propriétaires. Tout était prêt, le produit, ma détermination. La pièce est tombée du côté « je rentre » et je me suis mis en arrêt 1,5 mois la semaine suivante. L'arrêt n'a pas été suffisant, il m'aurait fallu au moins 1 ou 2 mois de plus... mais je ne pouvais financièrement pas. Les idées noires se sont pour le moment éloignées."

La pression de la sphère extra-vétérinaire, exemple : la gestion des crises sanitaires (grippe aviaire) a été pour l'instant l'événement le plus stressant de ma vie (loin devant les concours d'école veto), énormément de tension/pression de l'interprofession étant donné les sommes en jeu, je suis passée à 2 doigts de la pelade, moi qui n'ai jamais eu de soucis comme ça jusque-là ! Si je faisais une erreur, c'était la perte de la clientèle assurée et l'absence de possibilité de continuer de travailler dans la filière avicole (monde très petit...tout le monde sait tout).

Difficultés à gérer la culpabilité liée aux erreurs médicales et aux échecs, surtout ceux dont je suis responsable.

La confraternité qui n'est pas aisée quand parfois il y a des erreurs évidentes qui ont été commises.

J'ai toujours mes "démons intérieurs" qui me font me sentir nulle si je rate quelque chose, quand je fais une erreur je me sens tout de suite très très mal même physiquement.

5.1.4. La peur des blessures.

La peur des blessures n'est pas associée à l'épuisement émotionnel. On observe simplement une tendance mais qui n'est pas significative. En revanche, elle prédit significativement le cynisme ($\beta = .21$,

$p < .01$) et la réduction de l'efficacité professionnelle ($\beta = -.14$, $p < .0001$). Elle est associée aux troubles somatiques ($\beta = .16$, $p < .01$) et aux idéations suicidaires ($\beta = .12$, $p < .05$)

5.1.5. Les problèmes financiers.

On remarque que les problèmes financiers prédisent à la fois les troubles du sommeil ($\beta = .13$, $p < .05$) et les idéations suicidaires.

On sait que ces problèmes représentent un facteur de risque suicidaire en population générale (e.g., Yip, Yang, Ip, Law, & Watson 2007). Hawton, Malmberg, & Simkin, (2004) ont réalisé des autopsies psychologiques auprès de 38 médecins anglais et gallois morts par suicide entre janvier 1991 et décembre 1993. Si 25 souffraient de troubles psychiatriques (dépression, troubles bipolaires, dépendance à l'alcool ou aux opiacés), 10 d'entre eux (soit 28%) avaient des problèmes financiers au cours de l'année précédant leur suicide.

5.2. Le présentéisme : un comportement pathogène chez les vétérinaires.

Le présentéisme correspond au fait de se rendre au travail alors que l'on est malade, en mauvaise santé physique et / ou psychologique. Pour évaluer ce comportement chez les vétérinaires nous leur avons demandé, en T1 : « *Au cours des 12 derniers mois, combien de jours pensez-vous avoir travaillé alors que votre état de santé aurait nécessité du repos ?* ». C'est généralement le type de question qui est utilisée pour mesurer ce comportement. (Navarro, Salas-Nicás, Moncada, Llorens, & Molinero-Ruiz, 2018).

La moyenne de présentéisme au cours des 12 derniers mois est de 12.5 jours. Si l'on répartit l'échantillon en 4 groupes égaux de 25% les jours d'absentéisme se répartissent ainsi :

-Aucun jour de présentéisme : 25%. Mais il est probable qu'une partie de ces 25% n'ait pas été malade au cours de la dernière année. Si cela est vrai, alors ce pourcentage de vétérinaires n'ayant pas pratiqué le présentéisme est plus faible).

-De 1 à 7 jours : 25%

-De 8 à 18 jours : 25%

-19 jours ou plus (jusqu'à 365 jours) : 25%

Le présentéisme est donc une réalité chez les vétérinaires français. Ce résultat est cohérent avec le fait que ce comportement est plus probable d'apparaître au sein des professions qui ont des exigences élevées et demandent un engagement important. (Homrich, Dantas-Filho, & Marcon, 2020).

Lors du premier rapport, nous avons vu que ce comportement était associé au burnout et au workaholisme. Mais l'étude longitudinale nous permet d'aller plus loin puisque nous pouvons étudier les effets du présentéisme sur la durée. Nos analyses montrent que le présentéisme est un comportement particulièrement pathogène.

En effet, il prédit 15 mois plus tard les trois dimensions du burnout ($r=.21$, $.18$ et $-.09$, pour l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'efficacité professionnelle, $p<.01$, $.01$ et $.05$, respectivement). Il prédit également les troubles du sommeil ($r= .14$) et les idéations suicidaires ($r=.20$), ($p<.01$ dans les deux cas). Il est encore associé longitudinalement aux problèmes psychosomatiques : $r=.30$, $p<.001$.

Le lien entre présentéisme et idéations suicidaires a également été observé auprès d'un échantillon de 813 médecins spécialistes suédois travaillant dans un hôpital universitaire (Eneroth, Gustafsson Sendén, Løvseth, Schenck-Gustafsson, & Fridner, 2014). Dans cette étude les idéations suicidaires étaient évaluées au cours des 12 derniers mois via deux items : "Avez-vous pensé à mettre fin à vos jours ?" et "Avez-vous pensé à des moyens à des moyens spécifiques de mettre fin à vos jours ? ». Les participants pouvaient répondre par oui ou par non.

Dans une autre étude, comparant cette fois des chirurgiens suédois ($N=272$) et italien ($N= 149$), (Wall, Schenck-Gustafsson, Minucci, Sendén, Løvseth, & Fridner, 2014) les auteurs observent également un lien significatif entre présentéisme et idéations suicidaires. Il est à noter que dans les deux études, le fait d'avoir des réunions régulières pour discuter des situations stressantes au travail est associé à un moindre risque d'idéations suicidaires. Les auteurs ne donnent malheureusement pas d'informations concernant la fréquence, la durée ou le contenu de ces réunions qui étaient évaluées par un simple item : Y a-t-il des réunions régulières pour discuter des situations stressantes au travail ?

Le présentéisme est donc une conduite délétère. Curieusement cette variable n'est pas évoquée dans les verbatim laissés par les vétérinaires. Preuve s'il en est que nous n'avons pas toujours un accès conscient aux variables qui affectent notre santé.

Travailler alors que l'on est malade entraîne une guérison inadéquate, voire un épuisement supplémentaire des ressources psychologiques et physiques enclenchant un cercle vicieux. Par ailleurs, il réduit la productivité, augmente le taux d'accidents du travail et finalement accroît les coûts financiers tant médicaux que pour l'organisation. (Goetzel, Long, Ozminkowski, et al., 2004 ; Hawkins, Wang, Lynch, et al., 2015). Bien entendu s'il s'agit d'une maladie infectieuse telle que la grippe, le présentéisme entraîne des risques de contagion.

Les motifs pour se rendre au travail alors que l'on est en mauvaises conditions physiques ou psychologiques sont nombreux et variés. Auprès d'un échantillon de 1615 salariés espagnols, Navarro et al., (2018), indiquent que les raisons évoquées par les participants pour expliquer leur présentéisme sont les suivantes :

Pourquoi êtes-vous allé travailler même si vous pensiez que vous auriez dû prendre un arrêt maladie ?

Ne pas surcharger ses collègues 45,7%

Ne pas accumuler du travail en retard. 38,5 %

Ne pas pouvoir se le permettre pour des raisons économiques 35,9 %

Parce que personne d'autre ne pouvait faire son travail 35,5 %

Ne pas vouloir être considéré comme paresseux ou improductif 31,6 %

Avoir peur d'être licencié 27,5 %

Avoir peur d'être soumis à un autre type de représailles 26,3%

Parce que j'apprécie mon travail 21,4 %

Parce que je ne voulais pas être considéré comme faible 20,0 %

Parce qu'aller travailler était bénéfique pour ma santé 11,8 %

Etant donné les effets négatifs de ces jours malades travaillés sur la santé, il nous paraît donc nécessaire d'analyser plus en profondeur cette variable. D'autant plus qu'elle s'accorde bien avec l'idée d'être piégé que nous aborderons plus tard lorsque nous appliquerons les théories du suicide aux vétérinaires.

5.2.1. Le présentéisme en fonction des caractéristiques socio-démographiques

En ce qui concerne l'âge,

Les corrélations n'indiquent pas d'association linéaire avec le présentéisme ($r = .03$, NS). On n'observe pas non plus d'écart entre les générations, ce qui confirme ce que nous avons déjà affirmé : les plus jeunes ne rechignent pas devant la tâche. Ils vont autant au travail lorsqu'ils sont malades que leurs aînés. Dans certains pays, il apparaît même que les jeunes vétérinaires pratiquent plus le présentéisme que les anciens. Dans l'enquête *Voice of the Veterinary Profession* menée en 2019 par *The British Veterinary Association* (N= 1300), au cours de l'année précédente, 63% des vétérinaires ont travaillé alors qu'ils ne se sentaient pas assez bien. Et, si 18% ont déclaré qu'ils ne prenaient pas de congé de maladie parce qu'ils se sentaient mal à l'aide de le faire, ce pourcentage s'élève à 25% chez les moins de 35 ans alors qu'il descend à 19% chez les 35-54 ans et à 8% chez les plus de 55 ans.

Même s'ils n'évoquent pas les vétérinaires, on peut citer le travail de Kaldjian, Shinkunas, Reisinger, Polacco, et Perencevich, (2019) qui suggère que dans les professions médicales, les jeunes pratiquent le présentéisme pour ne pas donner plus de travail aux collègues, pour éviter les répercussions négatives ou pour ne pas paraître paresseux envers les cadres supérieurs du personnel. Les normes professionnelles valorisant l'aspect endurant de l'individu au travail pourraient être un facteur déterminant. Ceci est sans doute vrai dans la profession vétérinaire dont les valeurs dominantes sont toujours masculines.

Le genre.

Dans notre échantillon, le présentéisme est plus élevé chez les femmes comparativement aux hommes : celles-ci sont en moyenne présentes 13 jours par an en étant malade, alors cette moyenne s'élève à 11 jours chez les hommes. La différence est significative : $F(1, 3145) = 8.77$, $p < .005$. On retrouve également ce type de différence entre les genres dans l'enquête de la British Veterinary Association citée plus haut. Les auteurs observent que les femmes pratiquent davantage le présentéisme que les hommes (21 vs 11%) ce qui est conforme à nos données. Ce résultat ne semble pas l'apanage des vétérinaires. Chez les 283 médecins généralistes suédois étudiés par Gustafsson Sendén, Schenck-Gustafsson, & Fridner, (2016), le présentéisme est davantage pratiqué par les femmes que par les hommes. Pour expliquer leur comportement, les femmes évoquent davantage « le souci des patients », « l'accumulation du travail » « être préoccupées par les collègues ». De leur côté, les hommes avancent davantage des arguments liés à la perte d'argent ou le fait de « pouvoir gérer la situation ».

Le statut

Le présentéisme est plus élevé chez les libéraux (M= 13.2 jours) comparativement aux salariés (M= 11.7 jours). ($F, 1, 2940 = 7.049, p < .009$). Les libéraux qui exercent seuls ont un présentéisme significativement plus élevé (Moyenne = 24.6 jours) comparativement à ceux qui exercent avec d'autres collègues (M= 16.1 jours). ($F(1, 1500) = 14.34, p < .000$). On imagine facilement que pour eux, le présentéisme correspond à la nécessité de répondre aux demandes des clients et à celle de « faire tourner » le cabinet.

Toutefois pour ceux qui exercent en établissement de soins avec plusieurs collègues, le présentéisme n'est pas fonction du nombre d'ASV, de vétérinaires salariés ou de collègues vétérinaires présents dans la structure. Autrement dit, si le présentéisme est davantage présent chez ceux qui exercent seuls, chez les autres, l'amplitude du nombre de collègues dans la structure n'a pas d'influence.

On note encore que le lieu d'exercice est associé au présentéisme. ($F(2, 670) = 3.11, p < .05$). Ceux qui exercent en rural ont un présentéisme significativement plus élevé (M= 22.3 jours) que ceux qui exercent en péri-urbain (M=13.6).

Les spécialités

Concernant les spécialités, on ne note pas de différences significatives, même si dans les spécialités « équine », « animaux de compagnie » et « mixte », les jours travaillés alors qu'on est malade sont plus élevés qu'ailleurs.

Résumé.

-La charge de travail perçue avec son débordement sur la vie privée apparaît comme un stresser majeur.

-Les conflits avec les collègues et la peur de l'erreur et des blessures, les problèmes financiers figurent également parmi les sources de tension.

-Le présentéisme, plus élevé chez les femmes, et les libéraux, est associé au burnout, aux troubles du sommeil, aux symptômes somatiques, et aux idéations suicidaires. On observe des écarts, mais pas de différence significative entre les spécialités.

6. Deux théories du suicide appliquées à la situation des vétérinaires

Il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie.

Kurt Lewin

« Le suicide et la suicidalité ne sont pas des maladies psychiques, mais des problèmes autonomes de nature professionnelle et personnelle : ils n'apparaissent que rarement chez les personnes souffrant de maladies psychiques »

Encyclopédie sur la Mort.

Pour mieux comprendre les déterminants des idéations suicidaires des vétérinaires, nous avons fait appel à deux théories qui sont parmi les plus influentes actuellement, à savoir la théorie Interpersonnelle du suicide de Joiner et ses collègues (2005) (*Interpersonal Psychological Theory of Suicide, IPTS*) et le modèle intégré motivationnel-volontaire du comportement suicidaire de Gilbert et Allan (1998) avec ses deux variables, la défaite et le piégeage. Ce choix est dicté par le fait que ces théories ont été testées empiriquement sur des échantillons variés et que leurs prédictions ont été largement vérifiées. Par ailleurs, en termes de prévention primaire, les constructs sur lesquelles s'appuient ces théories peuvent être intégrés dans des programmes d'intervention. C'était évidemment une condition nécessaire pour que nous les utilisions comme grille de lecture pour comprendre les idéations suicidaires chez les vétérinaires français. A notre connaissance, ces théories n'ont jamais été éprouvées dans le cadre du suicide lié au travail. Dans les lignes qui suivent, nous présenterons l'essentiel de ces deux approches. Nous verrons qu'elles s'adaptent bien à la compréhension du suicide, ou en tout cas des idéations suicidaires dans la profession vétérinaire.

6.1 La théorie Interpersonnelle du suicide. (*Interpersonal Psychological Theory of Suicide, IPTS*).

La théorie interpersonnelle du suicide (IPTS) a été proposée par Joiner et ses collaborateurs (Joiner, 2005 ; Joiner, Brown & Wingate, 2005 ; Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner,

2010). A la base de cette théorie, on trouve l'idée largement avérée que les individus ont un besoin fondamental d'appartenance. Comme l'écrivent Kabat-Zinn & Hanh (2009) « Quand vous avez le sentiment d'être connecté à quelque chose, ce sentiment vous offre immédiatement une raison de vivre ». Lorsque ce besoin d'appartenance n'est pas satisfait, s'ensuivent des effets délétères pour la santé, y compris des risques de suicide. Pour Van Orden *et al.*, (2010, page 581), « L'isolement social est un des prédicteurs les plus forts et les plus fiables des idéations suicidaires, des tentatives, et des comportements suicidaires létales à travers l'étendue de la vie ». C'est ce qu'avait déjà montré Emile Durkheim en 1897 dans son célèbre ouvrage sur le suicide dans lequel il a démontré comment le suicide se produisait généralement à cause de la rupture des liens d'appartenance que ce soit à un couple, à une famille, à une profession, à un groupe à une société.

Selon l'IPTS, le comportement suicidaire est causé par la présence simultanée de deux processus interpersonnels, **l'appartenance contrariée** (*Thwarted belongingness*) et **la perception d'être un fardeau** (*Perceived burdensomeness*). (Van Orden *et al.*, 2010, p. 575). Mais pour que le passage à l'acte ait lieu, il faut encore que l'individu acquière **la capacité de se suicider**. Dans les lignes qui suivent nous développeront chacun de ces construits.

6.1.1. L'appartenance contrariée

L'appartenance contrariée renvoie au sentiment d'être séparé des autres, d'être seul, d'avoir un faible niveau de soutien social perçu, un faible sentiment de connectivité et de parenté. Le besoin fondamental d'appartenir n'est pas satisfait, le désir de mort se développe. D'après ces auteurs, l'appartenance contrariée est composée de deux éléments : **la solitude douloureuse** (*Je me sens déconnecté des autres*) et **l'absence de relations de soutien réciproque**. Pour développer cet argument, les auteurs s'appuient sur les conceptions de Baumeister et Leary (1995, page 520) lorsqu'ils affirment : « Les gens semblent avoir besoin d'interactions fréquentes, affectivement agréables ou positives avec les mêmes individus, et ils ont besoin que ces interactions se produisent dans un cadre d'attention et de préoccupation stables et à long terme ».

La solitude douloureuse renvoie à « une cognition chargée affectivement selon laquelle nous avons peu de connexions sociales » (Page 582) (Cf. Russell, 1996 ; Joiner *et al.*, 2002), et au besoin d'avoir des interactions fréquentes et positives (Baumeister & Leary, 1995). Ceci s'exprime concrètement à travers des affirmations du type : « Je n'ai pas eu une interaction sociale satisfaisante aujourd'hui » ou « je me sens déconnecté des autres personnes ».

L'absence de relations de soutien réciproque, renvoie à l'absence de relations dans lesquelles l'individu sent que d'autres s'inquiètent pour lui et dans lesquelles il s'inquiète pour les autres. En effet, pour que les besoins d'appartenance soient satisfaits, la relation doit se dérouler dans un contexte de soutien. On trouve des traductions de cette absence dans des réflexions comme : « *Je ne suis pas un soutien pour les autres* » ; ou « *Il n'y a personne vers qui me tourner en cas de besoin* ».

Autrement dit, la solitude, avoir peu d'amis, le retrait social, les conflits familiaux sont des indicateurs de l'appartenance contrariée.

En écho à ces définitions, un vétérinaire nous écrit en fin de questionnaire :

« *La solitude est sans doute le facteur essentiel des souffrances au travail car cela devient vite vertigineux sans rien ni personne pour se raccrocher ou grandir* »

Van Orden et al., (2010), précisent que l'appartenance contrariée est un état affectivo-cognitif dynamique, influencé par des facteurs intra-personnels (e.g., humeur dépressive) et interpersonnels (e.g., taille du réseau social). Par conséquent, le degré d'appartenance d'un individu peut varier avec le temps. L'appartenance contrariée doit perdurer pour engendrer des idéations suicidaires.

Ces considérations renvoient à une compréhension psychosociale du suicide, dans laquelle interagissent les caractéristiques de l'individu, (sa personnalité, ses idiosyncrasies), ses interactions sociales, et dans le cadre qui nous préoccupe, les stressors liés à son environnement de travail.

Différents verbatim expriment ces sentiments de déconnection, d'appartenance contrariée. Parmi ceux-ci :

« J'ai toujours beaucoup travaillé, ce qui a certainement gâché les relations que j'aurais pu avoir avec mes enfants lors de leur éducation » ;

« Impossible de travailler en clinique et de faire des journées de moins de 9h et ne pas travailler les weekends... j'ai l'impression que c'est la pénitence à ma vocation. Jamais je ne pourrai avoir des horaires qui me permettent de m'approcher de mes cercles d'amitié et de ma famille ».

On perçoit également dans ce dernier écrit, le sentiment d'être piégé dans sa situation, sentiment sur lequel nous reviendrons plus loin avec la seconde théorie du suicide.

6.1.2. La perception d'être un fardeau

La perception d'être un fardeau fait référence à la conviction d'être tellement imparfait qu'on est devenu une charge pour les autres, que son existence ponctionne leurs ressources. Elle renvoie également aux cognitions chargées affectivement de haine de soi. (Joiner, 2005 ; Van Orden et al., 2010). Concrètement cela renvoie, par exemple, à des pensées comme « *J'empire les choses pour les gens dans ma vie* », « *je suis inutile* », « *Ma famille serait mieux si j'étais parti* » ou « *Je me déteste* ».

Des études empiriques ont montré une association statistiquement significative entre la perception d'être un fardeau et les idéations suicidaires (Cf., Hill & Pettit, 2014, pour une revue).

« Je suis gérante de ma clinique vétérinaire. J'aime mon travail mais je le subis. Car trop de charge mentale, trop de gestion du personnel, je me sens seule devant toutes les décisions, toutes les complications éventuelles (avis google, client qui se plaint) je sens que je ne suis pas heureuse. Parfois des idées noires mais pas en continu. Ma famille subit mes remarques permanentes concernant mes problèmes au travail. Mon mari supporte difficilement mon métier... j'amène beaucoup de stress à la maison. »

On voit dans ce dernier verbatim combien la charge de travail, le sentiment de solitude, celui d'être un fardeau pour les siens, d'être piégé par son travail (cf. plus bas), se combinent pour conduire au sentiment de ne pas être heureux.

Pour Joiner (2005) et Van Orden et al., (2010), chacun de ces deux facteurs est suffisant pour engendrer des idéations suicidaires passives. Mais c'est la combinaison de ces deux états, ainsi que la perception qu'ils sont stables et immuables qui motivera le désir actif de suicide.

6.1.3. La capacité acquise à se suicider.

Par ailleurs, d'après la théorie IPTS, le comportement suicidaire ne se déclenchera qu'en présence de la capacité acquise à se suicider. Ce troisième facteur correspond à l'absence de peur face à la mort, et à l'augmentation de la tolérance face à la douleur. Il explique la transition des idéations suicidaires actives au comportement suicidaire. Pour Joiner, l'acquisition de la capacité à se suicider se développe soit en adaptant des comportements d'auto-mutilation (e.g., automutilation non suicidaire ; tentative de suicide), soit par le truchement d'événements douloureux auxquels a été exposé l'individu, par exemple la maltraitance durant l'enfance, l'exposition à des combats, etc.

On peut représenter graphiquement le modèle IPTS avec le diagramme suivant :

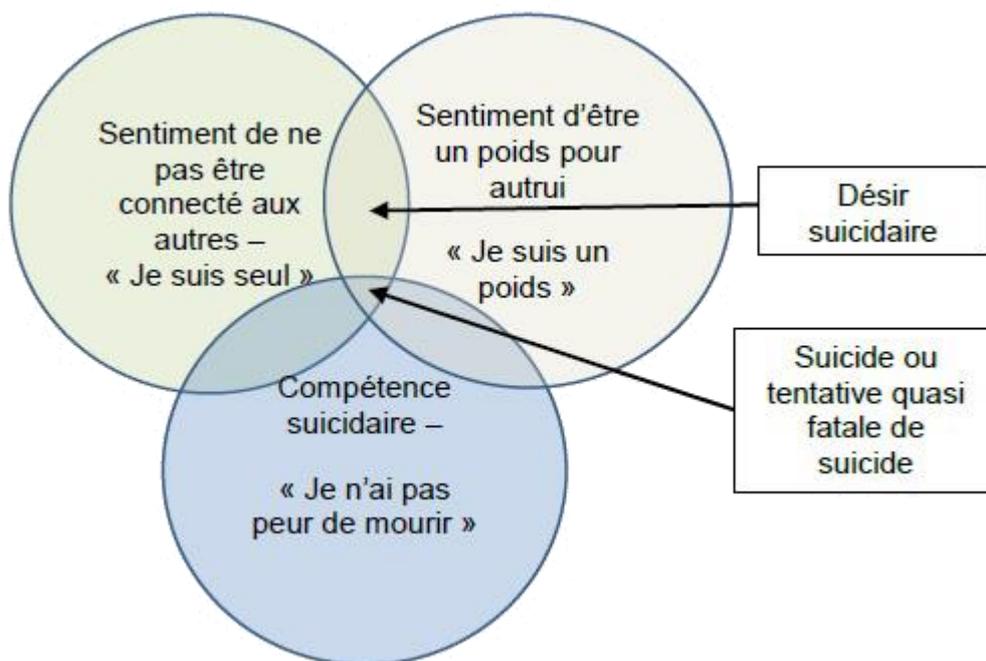


Figure 6.1 : Le modèle du suicide de Joiner et al.

Chaque cercle représente un des trois concepts de la théorie, à savoir l'appartenance contrariée ou le sentiment de ne pas être connecté aux autres, d'être seul, le sentiment d'être un fardeau pour autrui et la capacité acquise à se suicider. Le chevauchement des deux cercles supérieurs correspond aux idéations suicidaires. Et le recouvrement des trois cercles correspond au suicide ou aux tentatives quasi létales.

Comme ici ce sont les idéations suicidaires qui nous préoccupent, nous ne prendrons en compte que les variables qui les prédisent, *i.e.*, l'appartenance contrariée et le sentiment d'être un fardeau. (Cf. graphique ci-dessus).

6.2. Défaite et piégeage : le modèle de Gilbert et Allen.

Une autre approche théorique du suicide qui s'est développée parallèlement au modèle IPTS, s'intéresse à deux facteurs essentiels, **la perception d'être dans une situation de défaite** et **la perception d'être piégé**. Ces deux facteurs pourront également nous permettre d'avancer sur la description et l'explication des idéations suicidaires chez les vétérinaires.

6.2.1. La perception de défaite.

Pour Gilbert et Allan (1998), la défaite correspond aux sentiments d'impuissance et d'humiliation. Elle implique « la perception de lutte ratée, d'impuissance, provenant de la perte ou d'une perturbation importante du statut social, de l'identité ou des objets hiérarchiques ». Autrement dit, le sentiment de défaite ne se limite pas à une position sociale décevante. Bien au-delà de ce type d'échec, il renvoie à la faillite de l'individu dans des entreprises variées, qu'elles concernent l'acquisition de ressources concrètes, ou la réalisation d'objectifs internes valorisés. Gilbert, (2000), distingue 3 catégories d'événements qui peuvent induire une perception de défaite :

-1) Une perte de ressources sociales et matérielles précieuses ou l'échec à les atteindre ; A titre d'exemple, on peut citer ici les problèmes financiers, dont nous verrons le poids plus bas, mais également le conflit entre vie problème et vie privée.

-2) Les dénigrements sociaux ou les attaques des autres ; Nous avons vu plus haut l'impact des relations problématiques avec les clients, leurs charges virulentes sur les réseaux sociaux, leur agressivité (etc..) décevaient lourdement les attentes professionnelles des vétérinaires. On peut aussi ajouter les conflits avec les collègues également souvent cités.

-3) les sources internes d'attaque, telles que l'autocritique, les comparaisons sociales défavorables ou les ambitions irréalisables. Si nous n'avons pas relevé d'autocritique dans les verbatim, il n'est pas rare que les participants se comparent à d'autres professions et expriment un sentiment de désavantage relatif. On a vu aussi combien les attentes à l'endroit des clients se trouvaient déçues et combien était aigu le sentiment que tous ses efforts pour effectuer son métier le plus efficacement possible étaient loin d'être payés de retour.

Ainsi, les stressseurs qui engendrent la perception de défaite sont de nature variée. Toute expérience qui conduit à la perception d'un échec important des d'objectifs hiérarchiques, y compris la perte d'un rôle, d'une position, ou d'une ressource, peut donner l'impression d'être vaincu. Concrètement cela se traduit par exemple par des cognitions du type : « *Je sens que j'ai perdu ma position dans le monde* » ou « *je me sens vaincu par la vie* » (Gilbert & Allan, 1998). Ici, l'idée d'avoir lutté et d'avoir échoué est essentielle.

6.2.2. La perception d'être piégé.

Si la défaite implique la perception de l'atteinte d'un objectif ou d'un statut, le piégeage apparaît quand la motivation à s'échapper de la situation menaçante ou stressante est bloquée car la situation est perçue inévitable, irrévocable, sans possibilité d'en sortir, que ce soit par sa propre volonté ou par l'intervention d'autrui (Taylor et al., 2011). Comme pour la défaite, les individus peuvent se sentir piégés par des événements ou des éléments externes (exigences professionnelles, relations conflictuelles), ou internes (problèmes de santé, pensées intrusives, etc.). (Höller et al., 2022). Concrètement,

le piégeage se traduit par des idées comme « *je me sens piégé dans cette situation* » ou encore « *Je me sens piégé à l'intérieur de moi-même* ».

Pour certains auteurs, défaite et piégeage se distinguent temporellement. Les perceptions de défaite émergent en premier. Elles débouchent sur l'évaluation initiale de la situation. Viennent ensuite les perceptions de piégeage, dont l'émergence dépend du jugement de l'individu concernant sa capacité à s'échapper ou à résoudre la situation de défaite.

En T1 et en T2, nous avons introduit dans le questionnaire des échelles validées destinées à mesurer les variables des deux théories présentées ci-dessus. Toutefois, en T1, nous avons commis un erreur en n'insérant que l'échelle « piège » de la théorie « défaite – piégeage », omettant les items de la sous-échelle « défaite ». Cette erreur a bien entendu été réparée en T2.

Aussi, quand nous présenterons les résultats et qu'il sera question du T1, nous ne parlerons que du piégeage.

Nota bene :

Avec les données T2 nous avons réalisé une analyse factorielle exploratoire avec les items des deux échelles (défaite et piège). Or les résultats montrent très clairement que l'ensemble des items se regroupent sur un seul facteur. Corollairement, la corrélation entre ces deux échelles est particulièrement élevée : $r=.83$, soit 69% de variance commune. Ce qui peut signifier qu'en T1, nous ne perdons pas une quantité importante d'informations en ayant omis les items de la sous-échelle « défaite ».

6.3 Résultats.

Au niveau transversal, que ce soit en T1 ou en T2, on observe des corrélations fortes entre les variables des deux modèles théoriques d'une part et les idéations suicidaires d'autre part. Ceci suggère donc que les variables des deux modèles (Appartenance contrariée, sentiment d'être un fardeau et sentiment de défaite et de piégeage) sont fortement associées aux idéations suicidaires. Pour le lecteur intéressé, les tableaux de corrélation sont présentés en annexe.

Afin de ne pas alourdir le texte, nous avons préféré passer directement aux analyses de régressions multiples qui nous permettent de vérifier si ces variables mesurées en T1 (à l'exception de sentiment de défaite) prédisent les idéations suicidaires 15 mois plus tard.

6.3.1. Les variables « suicide » des théories IPTS et VMI prédisent-elles les idéations suicidaires 15 mois plus tard ?

Les résultats des analyses de régressions sont présentés au tableau ci-dessous. Il présente donc le lien entre d'une part l'appartenance contrariée, le sentiment d'être un fardeau et le sentiment d'être piégé (en ligne) et les idéations suicidaires recueillies **15 mois plus tard** (en colonne). La dernière colonne, à droite donne le score global. C'est principalement à elle que nous nous référerons dans nos analyses et interprétations ci-dessous.

	Ma vie ne mérite pas d'être vécue. T2	J'ai eu envie de me faire du mal. T2	3. J'ai eu envie de me suicider. T2	Idéations suicidaires Score Total
Genre	.01	.02	.01	.00
Age	.03	-.03	.05	.01
R ²	.00	.00	.00	.00
Appart. Contrariée T1	.10*	.04	.05	.08
Fardeau T1	.08	.23***	.19***	.18***
Piège T1	.40***	.24***	.25***	.35***
R ²	.28	.21	.18	.29

Tableau 6.1 : Association entre les variables des modèles du suicide en T1 et les idéations suicidaires en T2

La perception d'être un fardeau

Si l'appartenance contrariée n'est pas associée longitudinalement aux items opérationnalisant les idéations suicidaires, (sa seule association s'observe avec l'item « ma vie ne mérite pas d'être vécue » ($\beta = .10$, $p < .05$), en revanche **la perception d'être un fardeau est significativement associée à l'ensemble de ces items. L'association avec le score global est égale à $\beta = .18$, $p < .001$** ; Autrement dit, chez les vétérinaires l'idée que l'on est devenu une charge pour les autres, la détestation de soi, des pensées comme « J'empire les choses pour les gens dans ma vie », « Je pense que ma mort serait un soulagement pour les gens qui comptent pour moi », « je me déteste » ou « je suis inutile » sont associées aux idéations suicidaires. Et dans l'analyse des verbatim tout comme dans celle du questionnaire, la charge de travail, avec son débordement sur la vie privée, revient régulièrement en lien avec la perception d'être un fardeau. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus bas.

Choisis parmi d'autres les verbatim ci-dessous illustrent parfaitement combien la charge de travail déborde sur la vie privée, et engendre le sentiment d'être un fardeau pour sa famille :

« Gestion de la vie de famille et personnelle compliquée du fait d'une quantité de travail demandée. J'ai l'impression d'être parfois mis de côté à la maison car je suis plus souvent absent... »

*« Je suis gérante de ma clinique vétérinaire. J'aime mon travail mais je le subis. Car trop de charge mentale, trop de gestion du personnel, je me sens seule devant toutes les décisions, toutes les complications éventuelles (avis google, client qui se plaint) je sens que je ne suis pas heureuse. Parfois des idées noires mais pas en continu. **Ma famille subit mes***

remarques permanentes concernant mes problèmes au travail. Mon mari supporte difficilement mon métier... j'amène beaucoup de stress à la maison. »

Bien entendu, dans les verbatim, les participants n'écrivent pas que « leur mort serait un soulagement pour les gens qui comptent pour eux », ou encore « qu'ils se détestent ». Ce sont rarement des souffrances que l'on exprime à la fin d'un questionnaire, même si on les ressent. De plus elles correspondent à un état paroxystique. Mais lorsque cette vétérinaire écrit « *Ma famille subit mes remarques permanentes concernant mes problèmes au travail. Mon mari supporte difficilement mon métier... j'amène beaucoup de stress à la maison* », ou que ce vétérinaire sent « *que sa femme et ses filles commencent à se lasser de cette situation, ne partageant plus rien avec eux* » et qu'un autre a « *l'impression d'être parfois mis de côté à la maison car il est plus souvent absent...* », il y a bien, derrière ces mots, l'idée que l'on est un fardeau pour les siens. Dans une recherche publiée en 2002 Joiner, Pettit, Walker et al., trouvent d'ailleurs que dans les notes (N=40) qu'ils laissent, les suicidés décrivent souvent à quel point ils sont un fardeau et occasionnent de la souffrance pour leur entourage. D'ailleurs, nous le verrons plus bas, ceux qui vivent en couple ont davantage le sentiment d'être un fardeau comparativement à ceux qui vivent seuls.

Le sentiment d'être piégé.

Rappelons que le sentiment d'être piégé apparaît quand la motivation à s'échapper de la situation menaçante ou stressante est bloquée car la situation est perçue inévitable, sans possibilité d'en sortir, que ce soit par sa propre volonté ou par l'intervention d'autrui (Taylor et al., 2011).

Chez les vétérinaires de notre échantillon, le sentiment d'être piégé est la variable la plus fortement associée aux idéations suicidaires, que l'on prenne les items individuellement ou que l'on prenne le score global. Dans ce dernier cas, $\beta = .35$, $p < .001$.

Dans le verbatim suivant, ce vétérinaire, utilise lui-même le mot « piège » pour décrire sa situation :

« Je suis en burnout sévère, après m'être séparé de ma conjointe et associée. Les autres associés refusent que je vende mes parts et change de vie. Ma maison est invendable. Je me sens piégé dans ma propre vie. »

« En résumé sentiment d'être pris au piège par la vie professionnelle, par la nécessité de répondre aux demandes et attentes des clients, somme toute légitime, mais rarement reconnu, surtout en disponibilité, notamment au dépend de notre vie personnelle et par le côté économique qui empêche de prendre la décision d'essayer de travailler moins. »

Il est à noter que l'ensemble de ces variables (appartenance contrariée, fardeau et piège) expliquent 29% de la variance des idéations suicidaires 15 mois plus tard, après contrôle des variables âge et genre. (Cf. Tableau ci-dessus).

Se pose alors est la question suivante : quelles sont les variables qui engendrent le sentiment d'appartenance contrariée, d'être un fardeau ou encore d'être piégé ? C'est ce que nous allons examiner maintenant. D'abord, en analysant l'impact des caractéristiques sociodémographiques.

6.3.2. Caractéristiques sociodémographiques et variables « de suicidalité »

Le genre :

Sur les variables IPTS on n'observe pas de différence selon le genre pour les dimensions « appartenance contrariée » (M= 15.7 (hommes) vs 16.5 (femmes) NS) et « perception d'être un fardeau » (M= 6.7 (hommes) vs. 6.9 (femmes), NS).

Concernant le sentiment d'être piégé, on observe seulement une tendance. Il est certes plus élevé chez les femmes (M= 8.91) que chez les hommes (M=8.29), mais la différence n'est pas significative : (F(1, 637), = 2.97, p=.08). (Notons toutefois qu'en T1, la différence hommes / femmes est significative).

(Nous avons dit plus haut que nous ne prendrons pas en compte la variable « capacité à de donner la mort » dans l'analyse des idéations suicidaires. On peut noter toutefois au passage que les hommes ont un score plus élevé que les femmes : M= 24.4 vs. 21.8, F(1, 640) = 13.4, p<.0001. Autrement dit, la réduction de la peur de mourir et l'augmentation de la tolérance à la douleur physique sont plus prononcées pour le genre masculin. Ce résultat est cohérent avec le fait que le taux de suicide, en France comme ailleurs, (et non les tentatives de suicide) est plus élevé chez les hommes.)

-L'âge :

L'âge n'est corrélé avec aucune des variables des théories IPTS ni avec le sentiment d'être piégé.

-Être en couple : ceux qui vivent en couple (vs. seul), ont davantage le sentiment d'être un fardeau

Nous avons vu lors du premier rapport (étude transversale) que le couple avait un aspect protecteur : ceux qui vivaient en couple avait par exemple moins d'épuisement émotionnel.

Or en fait, nous observons ici que le statut matrimonial n'est pas associé à la « perception d'être piégé » (M= 8.67 (seul) vs. 8.63, (en couple) NS). Il n'est pas non plus associé à « l'appartenance contrariée », et à la « capacité acquise à se donner la mort ».

En revanche, ceux qui vivent en couple (vs. seul), ont davantage le sentiment d'être un fardeau : M = 7.04 vs. 6.4, F(1, 668)= 3.99, p<.05. (Les scores ne diffèrent pas significativement entre les hommes et les femmes). Or le sentiment d'être un fardeau est l'une des variables les plus associées aux idéations suicidaires 15 mois plus tard ($\beta=.18$, p<.0001). Tout se passe comme si le sentiment d'être un fardeau pour son conjoint ou sa famille était une des motivations à envisager le suicide. On sait que la perception d'être un fardeau est souvent associée à la croyance que ses proches seraient mieux lotis si l'on était mort.

« Ma plus grande souffrance au travail, est le fait que ne trouvant plus de salarié ou d'associé potentiel, je suis seul à travailler 6j/7 de gardes 24h/24 en rurale et en gardes organisées en canine, sans repos, ni vacances depuis 2 ans et sans perspective d'amélioration rapide. En épuisement professionnel, je me lève avec une très grande fatigue, supporte de

moins en moins les gardes et le fait d'être d'astreinte 24h/24. Je ne vis plus que pour travailler, je ne profite plus de rien, et je sens que ma femme et mes filles commencent à se lasser de cette situation, ne partageant plus rien avec eux. »

-Avoir des enfants.

Il est plus probable de ressentir une appartenance contrariée lorsque l'on a des enfants à charge. En effet pour ceux-là le score d'appartenance contrariée est M= 16.8, alors qu'il est de M= 15.7, pour ceux qui n'en ont pas. $F(1, 644) = 3.90, p<.05$. Autrement dit, il est plus probable de se sentir séparé des autres, d'être seul, d'avoir un faible sentiment de connectivité et de parenté lorsque l'on a des enfants.

La spécialité.

Y-a-t-il des différences sur les variables des théories du suicide en fonction des spécialités ?

Les spécialités « **rural** », « **équine** » « **mixte** » ne diffèrent pas de l'ensemble de leurs collègues des autres spécialités.

En revanche, les vétérinaires de la spécialité « **animaux de compagnie** » ont des scores plus élevés que leurs collègues des autres spécialités sur les variables **sentiment de défaite** (M= 7.5 vs.6.9, $F(1, 659) = 3.82, p<.05$ et **sentiment d'être piégé** (M= 9.0 vs 8.1, $F(1, 644) = 5.34, p<.02$. Ils tendent à avoir des scores significativement plus élevés d'**appartenance contrariée** (M= 16.6 vs. 15.5) = $F(1, 644) = 2.97, p=.08$). Nous avons vu précédemment que cette spécialité, comparativement aux autres, souffre davantage d'épuisement émotionnel, de troubles du sommeil et d'idéations suicidaires.

Les vétérinaires de la spécialité « **élevage** » ainsi que les « **spécialistes** » ont des scores plus faibles que leurs collègues sur l'ensemble des variables. Cependant, leur nombre étant réduit (N=11 et N= 10, respectivement), les tests statistiques n'indiquent pas de différence significative.

Les trois autres spécialités (Industrie labo, Fonctionnaire ISP, Enseignant-chercheur) ne sont pas suffisamment représentées dans notre échantillon (N ≥5) pour que nous les prenions en compte. De plus, le questionnaire n'est pas vraiment adapté à la spécificité de ces métiers.

Le statut, libéral, collaborateur libéral, salarié.

Les libéraux diffèrent des autres sur une seule variable : l'**appartenance contrariée** sur laquelle ils ont un score moyen plus élevé (M= 16.8 vs. 15.7, $F(1, 644) = 3.97, p<.05$).

Inversement les collaborateurs libéraux perçoivent moins que leurs collègues ce phénomène d'appartenance contrariée (M= 13.6 vs. 16.4, $F(1, 644) = 4.98, p<.05$).

Les caractéristiques du travail.

Y a-t-il un lien longitudinal entre le contenu du travail et les variables des théories du suicide ? Au tableau ci-dessous on trouvera les corrélations entre quatre caractéristiques du travail recueillies en T1 et les quatre variables « suicide » recueillies 15 mois plus tard.

	Appartenance Contrariée T2	Fardeau T2	Défaite T2	Piégé T2
Heures par semaine T1	.04	.10*	.05	.06
Clients par jours T1	.08*	.08*	.07*	.10*
Gardes de Nuits Mois T1	.08	.08	.03	-.00
Gardes de Week-end Mois	.00	.00	.00	.00
Présentéisme T1	.11**	.03	.09*	.15**

Tableau 6.2 : corrélations bivariées entre quatre caractéristiques du travail recueillies en T1 et les cinq variables « suicide » recueillies en T2.

*p < .05 ; **p < .01

Le parallèle entre le tableau ci-dessus et celui mettant en lien caractéristiques du travail et santé (cf partie 4) est frappant. La lecture de ces analyses nous montre que les gardes, de mois ou de week-end, n'ont pas d'influence significative. En revanche, on observe l'influence du nombre de clients vus par jour et du présentéisme. On peut donc conclure à une grande cohérence de l'ensemble de nos résultats.

Certes, les corrélations significatives ne sont pas très élevées. Mais n'oublions pas qu'elles proviennent de données recueillies à 15 mois d'intervalle.

Le nombre d'heures travaillées par semaine est corrélé significativement au sentiment d'être un fardeau ($r=.10$, $p<.01$). Plus les vétérinaires ont une amplitude horaire hebdomadaire élevée, plus le sentiment d'être un fardeau pour les siens l'est aussi. Or ce sentiment est fortement lié aux idéations suicidaires. Cependant, le nombre d'heures travaillées n'est pas corrélé aux autres variables des théories du suicide. Ceci confirme la relative influence de l'amplitude horaire sur la santé comme nous l'avons vu au chapitre 3.

Nous avons déjà vu que le nombre de clients reçus par jour entamait la santé des vétérinaires : nous avons observé un lien avec le burnout (épuisement émotionnel et cynisme), les troubles du sommeil, les symptômes psychosomatiques et les idéations suicidaires. On constate ici que cette variable accroît les risques de développer des sentiments conduisant au suicide, à savoir, appartenance contrariée ($r=.08$, $p<.01$), être un fardeau pour les siens ($r=.08$, $p<.05$), défaite ($r=.07$, $p<.05$) et piégeage ($r=.10$, $p<.05$).

Il est probable que l'irrespect, les incivilités et les comportements agressifs des clients jouent ici un rôle important. Les verbatim recueillis tant au temps 1 qu'au temps 2 et que nous avons largement présentés plus haut, illustrent à quel point ces conduites taraulent la santé psychologique des vétérinaires.

De son côté le présentéisme (*i.e.*, le fait de travailler bien qu'on soit malade) est associé à trois des quatre variables « suicide ». Plus les vétérinaires travaillent un nombre élevé de jours alors qu'ils sont malades, plus, quinze mois plus tard :

- ils ont un sentiment d'appartenance contrariée, c'est à dire d'être seul, de ne pas être connecté aux autres ($r = .11, p < .05$).
- ils ont un sentiment de défaite, c'est-à-dire d'impuissance, de lutte ratée ($r = .09, p < .05$).
- ils ont un sentiment d'être piégé, de ne pouvoir sortir de leur situation ($p < .15, p < .01$)

Nous avons donc ici mis à jour deux variables qui ont un lien avéré avec la santé des vétérinaires. Les relations avec les clients d'une part, le présentéisme d'autre part.

6.3.3. Liens entre stressseurs au temps 1 et variables de suicidalité au temps 2.

(J'emploie le terme « Suicidalité » dans le sens que lui donne le Réseau ReMed :

«La suicidalité, que l'on nomme aussi risque de suicide ou, en langage populaire, fatigue de vivre, représente un état psychique dans lequel toutes les pensées, idées, impulsions et actions sont dirigées de manière ciblée sur sa propre mort. La suicidalité se développe dans le cadre d'un processus régulier qui s'étend sur une longue période.»).

Dans la suite de ces analyses, nous pouvons nous tourner maintenant vers une des questions essentielles de cette recherche à savoir l'influence des stressseurs professionnels sur la durée. Ces stressseurs, ou certains d'entre eux, prédisent-ils les variables clés des théories du suicide ? Si c'est le cas, nous aurons identifié d'autres leviers sur lesquels jouer pour améliorer la santé des vétérinaires. Au tableau ci-dessous, on trouvera l'analyse de régressions multiples mettant en relation les stressseurs en T1 et les variables des théories du suicide en T2, *i.e.*, 15 mois plus tard.

	Appart. contrariée	Fardeau	Défaite	Piège	Idéations suicidaires
Charge travail /Interface Vie Prof. - Vie Privée	.10	.13*	.17**	.18***	.12*
Négligence, maltraitance des Clients	-.0	-.02	.05	.00	.03
Charge émotionnelle face à la détresse	.05	-.01	.07	.11#	.15*
Problèmes financiers	.25***	.23***	.16**	.12*	.14*
Conflits, tensions avec les collègues	.05	.07	.13**	.09 #	.03
Peur de l'erreur	.11#	.10	.13*	.11#	.03
Peur des blessures	.03	.16**	.04	.06	.12*
Interruptions	.01	-.12*	-.03	.00	-.01
ΔR^2	.14	.13	.19	.18	.14

Tableau 6.4 : analyse de régressions multiples : stressors en T1 et variables de suicidalité en T2

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; # $p < .10$

Comme on le voit au tableau ci-dessus, trois catégories de stressors émergent nettement de l'analyse de régressions multiples, autrement dit, ont un poids relatif significatif sur les variables de suicidalité 15 mois plus tard.

Il s'agit des problèmes financiers, de la charge de travail / interférence vie professionnel vie privée, et de la crainte de l'erreur.

Les problèmes financiers

De fait les problèmes financiers sont fortement associés aux appartenances contrariées et aux sentiments d'être un fardeau ($\beta = .25$ et $.23$, respectivement, $p < .0001$), mais également au sentiment de défaite ($\beta = .16$, $p < .01$) et à celui d'être piégé ($\beta = .12$, $p < .05$).

Evidemment, de prime abord, ce résultat est contre-intuitif. Il est en opposition avec la représentation que le public se fait des vétérinaires.

Toutefois, la responsabilité de la structure et sa santé financière sont des préoccupations fréquemment évoquées par les vétérinaires à la fin du questionnaire :

« Le fait d'avoir peur de tomber malade et de ne pas pouvoir être remplacé sur la période ce qui mettrait l'équilibre financier ou l'existence de la structure en grand péril ».

La question des problèmes financiers et de leurs conséquences sur la santé des vétérinaires est quasiment absente des publications sur la profession. Mais on sait que ces problèmes représentent un facteur de risque pour les comportements suicidaires en population générale (Yip *et al.*, 2007) et que 29% des médecins qui se sont suicidés en Angleterre et au Pays de Galles ont eu des difficultés financières dans l'année précédant la mort (Hawton *et al.*, 2004).

Dans une enquête qualitative conduite auprès de vétérinaires étasuniens, l'insécurité financière est un des stressseurs fréquemment cités par les participants au-delà des 14 stressseurs qui leur étaient présentés. Ces vétérinaires citent par exemple le coût que représentent des soins de qualité, la crainte de ne pas faire suffisamment de bénéfice pour payer les factures et rémunérer son équipe.

Mais il ne faut pas oublier que ce facteur ne reflète pas uniquement les inquiétudes financières du patron d'une clinique préoccupé par la prospérité ou la survie de son établissement. Il reflète aussi des craintes qu'éprouvent libéraux et salariés à propos des coûts élevés (matériel, local...) pour assurer un service de qualité. C'est ce qu'illustrent certains verbatim.

ATTENTION : il ne s'agit pas d'interpréter ce qui précède en affirmant : « les vétérinaires ont des problèmes financiers qui les entraînent dans un processus conduisant au suicide ». Ce que montrent ces résultats c'est que lorsqu'ils sont présents, les problèmes financiers représentent un des stressseurs susceptibles de conduire aux idéations suicidaires, voire au suicide. Dit encore autrement : les idéations suicidaires chez les vétérinaires sont en partie engendrées par les problèmes financiers. **Ici nous cherchons à identifier les variables qui prédisent un état particulier et non celles qui frappent l'ensemble des vétérinaires.**

Ce raisonnement s'applique bien entendu à l'effet de tous les autres stressseurs.

Quoi qu'il en soit, les vétérinaires qui rencontrent des difficultés financières dans la gestion de leur établissement devraient bénéficier de la plus grande attention de la part de leur entourage, qu'il soit familial, amical ou professionnel.

Charge de travail et équilibre vie professionnelle / vie privée.

« Pas de questions non abordées. En résumé sentiment d'être pris au piège par la vie professionnelle, par la nécessité de répondre aux demandes et attentes des clients, somme tout légitime, mais rarement reconnu, surtout en disponibilité, notamment au dépend de notre vie personnelle et par le côté économique qui empêche de prendre la décision d'essayer de travailler moins »

« Je n'ai à ce jour aucune vie personnelle et encore moins de vie de famille ne serait-ce qu'envisageable. Mais les gens semblent contents de mon investissement (globalement). Je ne sais pas estimer quel prix a ce "simple" contentement (déjà une bien jolie marque de reconnaissance aux vues de ce qu'il se passe ailleurs,,,) et dans quelle mesure j'y laisserai des plumes, une aile ou une cuisse, voire une vie (au sens de vie vécue pas au sens de vie/mort, même si c'est pas beaucoup plus "heureux" de se rendre compte qu'on ne vit pas vraiment sans pour autant être mort) »

La charge de travail et l'interface vie professionnelle – vie privée est également associée aux variables de suicidalité. Elle est associée au **sentiment d'appartenance contrariée** (mais ce n'est qu'une tendance, $\beta = .10$, $p < .09$) et au **sentiment d'être un fardeau**, ($\beta = .13$, $p < .05$) ce qui correspond à une certaine logique : plus la charge de travail est élevée, plus elle interfère sur la vie privée et la vie familiale, moins la personne a de temps et d'énergie à consacrer à ses proches. Ceci peut évidemment conduire à se percevoir comme un fardeau pour les autres.

« Je rentre, je suis dégoûtée. Je râle parce que la table est pas mise, je râle parce que la bouffe est pas mise, parce que ma fille me parle, ... Irritable parce que j'ai passé une mauvaise journée (...) c'est vrai que ça peut mener à la rupture, ça peut mener à un divorce ».

La charge de travail engendre également un **sentiment de défaite** ($\beta = .17$, $p < .0001$) et **d'être piégé** ($\beta = .18$, $p < .0001$). C'est avec ces deux variables qu'elle a le lien le plus fort. Autrement dit, tout se passe comme si, face aux exigences relatives à une charge de travail trop importante, les vétérinaires ressentent un sentiment d'impuissance, d'échec, faute de pouvoir atteindre leur objectif. Et ces ressentis débouchent sur la perception d'être piégé, d'être bloqué dans cette situation irrévocable.

« J'ai démissionné de mon emploi, par surmenage/ burn out/ depression car je ne voyais pas d'autre issue, cela venait de la surcharge de travail quotidienne, par le manque d'effectif, dû à un refus de nos patrons d'embaucher, j'ai mis 1000 clients par jour, car j'ai l'impression d'en avoir toujours trop ».

Au cours d'interviews auprès de vétérinaires étasuniens ayant attenté à leurs jours, Platt et al (2012) rapportent que la difficulté « hors travail » la plus citée par les participants comme cause de leur tentative consiste en problèmes relationnels. Par exemple, les longues heures de travail qui ont contribué aux problèmes conjugaux.

La peur de l'erreur

La peur de l'erreur figure également, mais à un degré moindre parmi les prédicteurs de nos variables associées aux idéations suicidaires. Si elle ne prédit pas significativement le sentiment d'être un fardeau, elle tend à être associée à la perception d'appartenance contrariée et au sentiment d'être piégé ($\beta = .11$, $p < .09$, dans les deux cas). Et elle est associée significativement au sentiment de défaite

Evidemment commettre une erreur représente en soi une sorte d'échec. Mais on observe encore que la peur de l'erreur est associée fortement à deux autres stressors, à savoir la détresse des clients et la peur d'être blessé. On imagine facilement que face à des clients affligés par l'état de leur animal, les vétérinaires ressentent une tension supplémentaire à l'idée d'aggraver la situation en commettant une erreur. Bien entendu, on comprend qu'une erreur puisse engendrer une blessure. Ces éléments expliquent l'importance de l'erreur dans l'émergence du sentiment de défaite et dans celui d'être piégé.

Les propos suivants illustrent parfaitement l'impact que l'erreur, ici couplée avec une importante charge de travail, peut avoir sur les idéations suicidaires.

« Entre les deux études, j'ai fait un burnout, j'ai joué à pile ou face le suicide un soir après une énorme journée de boulot et une grosse erreur médicale ayant entraîné la mort d'un chat et l'énorme peine de ses propriétaires. Tout était prêt, le produit, ma détermination. La pièce est tombée du côté « je rentre » et je me suis mis en arrêt 1,5 mois la semaine suivante. L'arrêt n'a pas été suffisant, il m'aurait fallu au moins 1 ou 2 mois de plus... mais je ne pouvais financièrement pas. Les idées noires se sont pour le moment éloignées ».

Ces autres verbatim n'expriment pas directement l'idée de suicide. Mais ils témoignent de la portée psychologique de l'erreur et même de la peur d'en commettre une.

« Je trouve aussi que le poids du résultat attendu des clients est une charge difficile à endurer sur le long terme, pour les clients on a pas le droit à l'erreur on se doit d'être parfait, car c'est L'ANIMAL DE LEUR VIE, en caricature un peu mais pas tant que ça »

« Par rapport aux questions sur le sommeil, j'ai tendance à me réveiller en réalisant les oublis / erreurs de la veille, et je fais énormément de cauchemars dès que je suis un peu reposée (en vacances notamment) »

« La peur d'une jeune véto de faire une erreur grave pour la vie de l'animal et d'être radiée de l'ordre et de ne pas savoir comment gérer la tristesse et/ou colère des propriétaires »

« Ou sont les vétérinaires qui sortent des écoles,,,,,combien exerce finalement en pratique ??? N'y a t-il un problème de "casting" en prépa ? Nous sommes formés pour être vétérinaire pas pédiatre, ni psychiatre,,,,l'escalade des propositions de soins aux animaux de compagnie et le transfert affectif des propriétaires sur leur animaux ont certes permit l'accroissement économique des structures vétérinaires mais en retour la pression psychologique s'est accrue, les jeunes qui sortent des écoles ont peur de se tromper du coup sont inhibés ne se sentent pas à leur place et le moindre avis négatif sur Google les déstabilise ,Les services d'incinération se positionnent maintenant comme "pompe funèbre animalière" !A quand une messe ? Faudra-t-il mettre en place des cellules de soutien psychologique à chaque euthanasie ? »

La crainte de l'erreur n'est évidemment pas spécifique aux vétérinaires français. Dans une enquête menée auprès de plus de 11 000 vétérinaires étasuniens, elle arrive en seconde position des stresseurs les plus fréquemment rencontrés sur une liste de 14 qui leur était proposée. (Vande Griek et al., 2018).

Dans leur étude, Kogan et al. (2018), ont évalué la prévalence des erreurs médicales auprès de 606 vétérinaires étasuniens en distinguant les quasi-accidents, et les événements indésirables. Un quasi accident était défini comme « l'avoir échappé belle (*a bullet dodged*), c'est-à-dire un événement qui aurait pu avoir des conséquences néfastes mais qui n'en a pas eu ». Un événement indésirable correspondait à « quelque chose qui ne va pas et qui entraîne un certain degré de préjudice pour le patient (par exemple, erreur de site opératoire, surdose de médicament, complication anesthésique)» (page 587).

Ils ont étudié l'impact de ces deux types d'erreur au niveau personnel et professionnel. Soixante-quatorze pour cent des répondants ont déclaré avoir été impliqués dans un ou plus quasi accidents ou événement indésirables. Or suite à l'événement le plus grave auquel ils ont été confrontés, 42,4% se sentent moins satisfaits de leur travail, 37,7% se sentent épuisés, 35,1% estiment que leur réputation professionnelle a été impactée négativement, 33,7 % avaient des problèmes de sommeil et 33,5 % se sentaient constamment coupables. Ces quasi accidents ont eu un impact négatif à court terme (≤ 1

semaine) sur la vie professionnelle chez 68,0 % des répondants et un impact négatif à plus long terme chez 36,4 %. Ils ont un impact quasi identique sur la vie personnelle (chez 63.6% des répondants à court terme et chez 33.5% à long terme). Quant aux événements indésirables, leur impact sur la vie professionnelle concerne 84.1% des participants sur le court terme et 56.2% sur le long terme. Sur la vie personnelle, ces événements concernent 77.8% sur le court terme et 50.6% sur le long terme.

Conflits tensions avec les collègues.

Les conflits et tensions avec les collègues ne prédisent pas les variables du modèle IPTS. En revanche, ils sont associés au sentiment de défaite ($\beta = .13, p < .01$) et, mais c'est une tendance, à celui d'être piégé ($\beta = .09, p < .09$).

"Il fait état des relations entre collègues mais pas entre subordonnés. Mes collègues savent le travail que j'accomplis, les responsables de la structure non."

"Pression psychologique par les collègues et les propriétaires d'animaux. L'impression de ne jamais réussir à tout faire"

Dans une recherche qualitative, Platt et al., (2012) ont interviewé 21 vétérinaires, dont 9 avaient réalisé une tentative de suicide au cours de leur carrière et 12 indiquaient avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. L'échantillon comprend 16 femmes et 5 hommes. Les relations professionnelles problématiques et la charge de travail figurent parmi les causes liées au travail les plus souvent citées par les interviewés pour expliquer leurs idées suicidaires ou leur tentative de suicide.

La peur d'être blessé.

Nous avons vu au chapitre précédent que la crainte d'être blessé était associée au cynisme, la seconde dimension du burnout, aux troubles somatiques, et aux idées suicidaires. Ici, elle est « seulement » associée au sentiment d'être un fardeau. Tout se passe donc comme si, bien qu'elle entraîne des idées de suicide, cette crainte n'était pas médiatisée par la plupart des variables de suicidalité incluses dans notre recherche.

Douleur et détresse des clients/ Négligence et maltraitance des clients.

Nul doute que la douleur et la détresse de certains clients d'une part, la négligence et la maltraitance de certains autres d'autre part ont une répercussion émotionnelle chez les vétérinaires. Toutefois, si on prend les variables des modèles théoriques du suicide comme critères, nous n'observons aucun lien. Tout au plus observons nous une tendance non significative : la détresse des clients tend à être associée au sentiment d'être piégé.

Résumé.

Le sentiment d'être un fardeau et celui d'être piégé prédisent les idéations suicidaires 15 mois plus tard.

L'âge n'est pas associé aux variables de suicidalité.

La spécialité « animaux de compagnie » connaît les scores les plus élevés sur le sentiment de défaite et celui d'être piégé.

Concernant les caractéristiques objectives du travail, l'amplitude horaire hebdomadaire prédit le sentiment d'être un fardeau pour son entourage.

Tout comme au chapitre précédent, on observe que le nombre de clients vus par jour-et le présentisme ont des effets délétères. Ces variables sont associées à l'appartenance contrariée, au sentiment de défaite et à celui d'être piégé. De plus le nombre de client est associé au sentiment d'être un fardeau.

Chez les vétérinaires de notre échantillon, les difficultés financières, la charge de travail, et dans une moindre mesure la peur de l'erreur, et celle d'être blessé, les conflits avec les collègues, représentent les meilleurs prédicteurs des variables de suicidalité.

7. L'influence des facteurs de personnalité

Nous venons de voir quels stressseurs professionnels, impactent la santé des vétérinaires, donnant ainsi des pistes pour élaborer des préconisations.

Toutefois, un débat récurrent concerne la place de ces facteurs liés à l'environnement et au contenu du travail d'une part, et aux facteurs de personnalité d'autre part dans l'explication de la santé psychologique et somatique des individus. Ainsi, on entend souvent que les individus atteints de burnout auraient « un manque de personnalité » et qu'attenter à ses jours est le signe d'une « faiblesse psychologique ». Ce serait donc au niveau intra-individuel, c'est à dire celui des caractéristiques intrinsèques à la personne, de sa personnalité, que se situeraient les explications. Comme on l'entend fréquemment, « *après tout ce n'est pas tout le monde qui fait un burnout ou une tentative de suicide* ».

Il est vrai que nombre de recherches ont établi sans ambiguïté un lien entre des traits de personnalité comme le névrosisme (l'instabilité émotionnelle) et le burnout ou le suicide. En même temps, d'autres recherches ont également mis en évidence l'influence de l'environnement et confirmé la thèse de Durkheim sur le suicide.

Aussi voulant faire la part juste des choses, j'ai complété cette recherche en prenant en compte conjointement les caractéristiques de l'environnement de travail des vétérinaires (les stressseurs) et les facteurs de personnalité dans la prédiction des critères de santé 15 mois plus tard. Autrement dit, qu'en est-il de nos résultats lorsque l'on prend en compte les facteurs de personnalité ? Nos variables prédictives prédisent-elles toujours les idéations suicidaires ou les précurseurs du suicide lorsque l'on prend en compte les facteurs de personnalité ?

Précisons que ce type de méthodologie est rarement mise en place, et qu'à notre connaissance, c'est la seule étude de ce type, au niveau international, chez les vétérinaires.

Rappelons que dans cette étude, nous avons retenu deux facteurs de personnalité, **le noyau de l'évaluation de soi** et le **workaholisme**.

7.1 Le Noyau de l'évaluation de soi ou le concept de soi positif.

C'est par le noyau de l'évaluation de soi (**N.E.S**) ou le concept de soi positif que nous débuterons ce chapitre. Ce trait de personnalité représente les évaluations fondamentales que les personnes font à propos de leurs qualités, de leurs compétences et de leur potentiel. Ces évaluations varient sur un continuum allant d'une évaluation de soi positive à une évaluation de soi négative.

Plusieurs raisons nous ont amenés à choisir cette variable de personnalité. Entre autres, parce qu'il s'agit d'une conception globale et stable de la personnalité qui prédit la satisfaction et la performance au travail. En effet, le noyau de l'évaluation de soi entretient des relations positives fortes avec la satisfaction, l'engagement et la motivation au travail. (Cf. Chang, Ferris, Johnson, Rosen, & Tan, 2012, pour une revue de questions). Avec un noyau de l'évaluation de soi élevé, les individus se fixent des

objectifs plus ambitieux, sont « plus engagés dans la poursuite de leurs objectifs et sont plus susceptibles d'être motivés de manière autonome » (Chang, et al., (2012, page 91). Ils se concentrent sur les aspects positifs des tâches à accomplir. Le noyau de l'évaluation de soi est également un prédicteur des performances au travail (*task performance*), et des comportements de citoyenneté organisationnelle. Autrement dit, un noyau de l'évaluation de soi élevé contribue à une meilleure efficacité et à un meilleur climat organisationnel.

Par ailleurs, d'après Judge *et al.*, (1998), le noyau de l'évaluation de soi influencerait la perception des caractéristiques de l'emploi, dans le sens où ceux qui ont un N.E.S élevé considèrent leur emploi et leur lieu de travail comme plus attrayants. Dans leur méta-analyse, Chang et al., (2012), rapportent encore que le noyau de l'évaluation de soi est associé négativement aux stressés et aux tensions ressenties qu'elles soient psychologiques ou physiques.

Cette variable réunit en un seul construit quatre dimensions sous-jacentes dont on saisit aisément leur rôle majeur dans notre rapport au travail :

-L'estime de soi.

Coopersmith (1967, page 4) définit l'estime de soi comme « l'évaluation que l'individu fait de lui-même et qu'il entretient habituellement : elle exprime une attitude d'approbation ou de désapprobation et indique le degré selon lequel il se croit lui-même capable, important, en pleine réussite et digne ».

L'estime de soi est donc l'évaluation générale, plus ou moins positive que les personnes font d'elles-mêmes, comment elles s'aiment, s'acceptent et se respectent en tant que personne.

-Le sentiment d'efficacité personnelle généralisée.

Judge, Locke, & Durham (1997) reprenant les travaux de Bandura définissent le sentiment d'efficacité personnelle généralisée comme l'estimation qu'un individu fait de ses propres capacités à mobiliser sa motivation, les ressources cognitives et les moyens d'action nécessaires pour exercer un contrôle général sur les événements de sa propre vie. L'efficacité personnelle généralisée reflète donc les perceptions qu'un individu a de sa compétence fondamentale à faire face aux exigences de la vie.

-Le névrosisme vs. la stabilité émotionnelle

Le névrosisme correspond à la tendance à éprouver des émotions négatives, (anxiété, dépression, colère, honte, gêne et culpabilité) à être instable émotionnellement. Les personnes ayant des scores élevés de névrosisme ont une vision critique d'elles-mêmes et sont également très sensibles aux critiques formulées à leur égard. Elles ressentent des niveaux de stress élevés. A l'opposé, on trouve les personnes qui ont une stabilité émotionnelle, c'est à dire qui ont une propension à se sentir calme et en sécurité.

-Le locus de contrôle.

Selon Rotter (1966), qui a forgé ce concept, le locus de contrôle concerne le degré selon lequel l'individu croit qu'il contrôle les événements de sa vie (locus interne) ou que l'environnement, le destin, ou d'autres personnes contrôlent ces événements (locus externe). Il diffère de l'efficacité personnelle généralisée dans la mesure où celle-ci se rapporte à la confiance par rapport aux actions et comportements (par exemple sa capacité à avoir une bonne hygiène de vie) tandis que le locus est plus concerné par la confiance dans sa capacité à contrôler les résultats (penser que sa santé sera influencée par son

hygiène de vie -contrôle interne- ou penser que sa santé dépend du hasard, de la fatalité –contrôle externe). Au travail comme ailleurs, les personnes dotées d'un locus de contrôle interne sont en meilleure santé physique et psychologique que celles qui ont un locus externe.

Le noyau de l'évaluation de soi subsume donc ces quatre dimensions et les englobe en un seul construct. Il nous a donc paru pertinent, pour comparer le poids respectif des variables liées à l'environnement de travail (les stresseurs) et des facteurs individuels sur le burnout et les idéations suicidaires de choisir le noyau de l'évaluation de soi pour mesurer la personnalité. D'autant plus qu'une échelle mesurant ce construct a été validée en français. (Cf. le questionnaire en annexe). Elle est composée de 12 items. Par exemple : « Je mène à bien mes tâches avec succès », « Il m'arrive parfois d'avoir le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur mon travail », « Je suis rempli(e) de doutes sur ma compétence ».

Plus les individus ont des scores élevés plus leur personnalité est « positive » et inversement lorsque les scores sont faibles.

Avant d'examiner la part respective du noyau de l'évaluation de soi et des stresseurs sur la santé des vétérinaires, nous examinerons d'abord comment évolue ce facteur de personnalité en fonction des caractéristiques des vétérinaires.

7.2. Le noyau de l'évaluation de soi chez les vétérinaires.

Vérifions au préalable que le N.E.S est bien une caractéristique stable. La corrélation entre le noyau de l'évaluation de soi en T1 et T2 est particulièrement élevée : .74. Ceci signale le côté persistant de ce trait de personnalité : ceux qui ont un N.E.S élevé (ou faible) en T1, ont toujours un N.S.E. élevé (ou faible) en T2. Toutefois, il ne paraît pas non plus immuable, la part de variance commune, r^2 , étant 55%. Evidemment, s'il ne s'agit pas d'une caractéristique labile, elle possède néanmoins une certaine plasticité. Les recherches ont effectivement montré qu'il y avait une variabilité intra-individuelle sur la durée (e.g., Tocci, Converse, & Moon, 2019). Heureusement d'ailleurs ! La personne qui possède un faible noyau de l'évaluation de soi peut espérer, à la faveur d'expériences roboratives, voir son estime de soi et son auto-efficacité s'améliorer. Le soutien des collègues, la reconnaissance au travail figurent parmi les facteurs qui contribuent à cette évolution. (Steese et al., 2006, Tocci et al., 2019). Comme l'écrivent Judge et Kammeyer-Mueller, (2011, page 335). « (...) la plupart des recherches suggèrent qu'il existe une composante génétique très stable dans les auto-évaluations fondamentales des individus qui n'est pas susceptible de fluctuer considérablement au fil du temps. Cependant, il existe également des preuves que le concept de soi peut changer avec le temps en réponse à des stimuli spécifiques ».

7.2.1. Le noyau de l'évaluation de soi en fonction des variables socio-démographiques

-Le noyau de l'évaluation de soi en fonction du genre.

On note, en T1 comme en T2, que les femmes ont un noyau de l'évaluation de soi plus faible que les hommes. Comparativement à ces derniers, elles évaluent donc moins favorablement leurs qualités, leurs compétences, leur potentiel. Elles ont une moindre estime de soi, un moindre sentiment d'efficacité. Evidemment se pose la question de l'origine de ces différences. Ont-elles un lien avec la considération des femmes dans une profession aux valeurs masculines ?

	Noyau de l'évaluation de soi T1	Noyau de l'évaluation de soi T2
Hommes	38.1	37.9
Femmes	35.1	34.8
	$F(1,3068) = 104.8, p < .0001$	$F(1, 658) = 21.9, p < .0001$

Tableau 7.1. Scores au noyau de l'évaluation de soi en T1 et en T2 selon le genre.

-Le noyau de l'évaluation de soi en fonction de l'âge

Par ailleurs, en T1 comme en T2, les plus jeunes générations ont des scores plus faibles.

	Noyau de l'évaluation de soi T1	Noyau de l'évaluation de soi T2
Z (22-26 ans)	34.0 a	34.0 a
Y (27-42 ans)	35.3 a	35.0 a
X (43-58 ans)	36.7 b	36.2 a
Boomers (59-77 ans)	39.3 c	39.0 b
	$F(3,3070) = 27.7, p < .0001$	$F(3,658) = 4.3, p < .005$

Tableau 7.2. Scores au noyau de l'évaluation de soi en T1 et en T2 selon la génération.

Comme on le voit au tableau 7.2, les scores au noyau de l'évaluation de soi diminuent (donc la santé psychologique se dégrade) au fur et à mesure que l'on passe des générations d'anciens, les boomers et les X, aux générations les plus jeunes, i.e., le Y et les Z. Autrement dit, aujourd'hui, les plus jeunes vétérinaires sont caractérisés par une évaluation de soi plus négative.

Ce résultat, parmi d'autres, devrait alimenter les réflexions concernant les rapports entre les générations.

7.3. Noyau de l'évaluation de soi et perception des stressseurs.

D'après des travaux cités plus haut, le noyau de l'évaluation de soi influence la perception des caractéristiques de l'emploi. Pour ceux qui ont un N.E.S élevé, l'emploi paraîtrait plus attractif et les tensions ressenties seraient plus faibles. (Judge et al., 1998 ; Chang et al., 2012). Observe-t-on les mêmes influences chez les vétérinaires ? Pour répondre à cette question, on peut examiner les corrélations entre le N.E.S. et les scores à chacun des stressseurs. Les résultats, présentés au tableau 7.3 donnent une réponse positive à la question et viennent confirmer ceux des collègues étasuniens. En effet, quel que soit le stressseur considéré, il est toujours associé négativement au N.E.S. **En d'autres termes, plus les vétérinaires ont un noyau de l'évaluation de soi élevé, moins les stressseurs de leur environnement de travail leur paraissent prégnants. Tout se passe comme si cette variable avait un rôle de filtre protecteur.**

La question sera alors de savoir quels éléments de l'environnement de travail seront suffisamment roboratifs pour alimenter un noyau de l'évaluation de soi élevé chez les vétérinaires.

	Noyau de l'évaluation de soi T1
Charge de travail	-.40
Négligence des clients	-.30
Détresse des clients	-.48
Inquiétudes financières	-.21
Conflits avec les collègues	-.29
Crainte de l'erreur	-.58
Crainte d'être blessé	-.33
Travail morcelé	-.22

Tableau 7.3. Corrélations linéaires entre noyau de l'évaluation de soi et perception des stressseurs. Tous les r sont significatifs à $p < .01$.

Nous verrons par ailleurs plus loin qu'il y a un lien entre noyau de l'évaluation de soi et le workaholisme.

7.4. Noyau de l'évaluation de soi (T1) perception des stressseurs (T1) et variables de santé (T2).

Passons maintenant à la question posée en début de chapitre : quid de l'influence des stressseurs sur la santé des vétérinaires une fois pris en compte les facteurs de personnalité ? Avec des analyses de régressions linéaires multiples, nous avons examiné l'influence de la personnalité et des stressseurs perçus en entrant d'abord dans le modèle les 3 variables socio démographiques et professionnelles que sont le genre, l'âge et le statut (libéral vs salarié) afin de contrôler leur influence. Dans un deuxième bloc, nous avons introduit le score au CSES en T1, c'est-à-dire les facteurs de personnalité. Et, dans un troisième bloc, nous avons entré les stressseurs perçus en T1. Autrement dit, nous prenons compte la part relative des stressseurs une fois prise en compte la part explicative de la personnalité pour expliquer la santé des participants ainsi que les prédictors du suicide (sentiment d'être un fardeau, d'être piégé, etc.).

Comme on le voit au tableau 7.4, le **noyau de l'évaluation de soi** ou **concept de soi positif**, est associé très significativement à l'ensemble des variables de santé, qu'il s'agisse du burnout ($\beta = -.45$ pour les hommes et $-.41$ pour les femmes, $p < .0001$) des troubles somatiques ($\beta = -.28$ pour les hommes et $-.38$ pour les femmes, $p < .0001$), des troubles du sommeil ($\beta = -.34$ pour les hommes et $-.26$ pour les femmes, $p < .0001$) et des idéations suicidaires ($\beta = -.43$ pour les hommes et $-.41$ pour les femmes, $p < .0001$). Les parts de variance expliquées par le concept de soi positif varient de .07 à .20). Ces résultats confirment à quel point ce facteur de personnalité est une ressource positive.

Toutefois, une fois prise en compte cette caractéristique intra-individuelle, on constate que la part de variance expliquée par les stressseurs demeure importante. Elle varie de 9 à 28%.

Nota Bene. J'ai réalisé les mêmes analyses en fonction du genre, c'est à dire en comparant les résultats pour les hommes et pour les femmes et en fonction du statut, c'est à dire en comparant les libéraux et les salariés. Mais dans ce rapport, j'en suis resté aux résultats globaux, me contentant de contrôler l'effet de ces variables (genre, statut mais aussi âge) car en affinant davantage on risque d'éparpiller l'information. Par ailleurs dans l'échantillon T2, les hommes sont beaucoup moins nombreux que les femmes. Aussi pour eux, comparativement aux femmes, la « puissance statistique » est beaucoup plus exigeante pour arriver à un résultat significatif. Toutefois le lecteur intéressé trouvera en annexes (après les références bibliographiques), les résultats des analyses de régression non présentées ici.

	Epuist Emot	Cynis.	Troubl. Somat.	Troubl. Somm.	Idéations Suicid.	Appart. Contrar.	Fardeau	Défaite	Piège
Genre	.12*	.01	.26***	.08	-.05	.04	-.03	.00	.05
Age	.03	-.03	-.01	.07	.04	-.01	-.12	.01	-.03
Statut	.00	.00	-.10	-.10	.02	-.15*	-.08	.02	-.04
R ²	.01	.00	.06	.02	.00	.02	.00	.00	.00
Noyau Eval de Soi	-.42***	-.40	-.33	-.28***	-.42***	.45***	-.26***	-.52***	-.53*
R ²	.17	.15	.10	.08	.17	.20	.06	.26	.27
Charge travail	.28***	.05	.18**	.20**	.05	.04	.10	.10# <.09	.10# <.08
Négligence Clients	.01	.01	-.00	.06	.05	-.04	.03	.05	.05
Détresse des Clients	.04	-.04	.13# <.07	.03	.08	.03	.00	.04	.08
Inquiétudes Financières	-.00	.10	.00	.10	.17**	.18**	.22**	.13*	.05
Conflits avec Collègues	.05	.10# <.08	.21***	.11*	-.00	.05	.10# <.07	.08	.05
Peur des Erreurs	-.01	-.01	-.02	-.06	-.15*	-.03	.02	-.05	-.09
Craintes de Blessures	.06	.17**	.15*	.05	.09	.00	.12# <.07	.03	.06
Travail Morcellé	.05	.05	-.06	-.06	.03	.02	-.11	.00	.03
R ²	.11	.07	.14	.07	.06	.03	.08	.05	.05

Tableau 7.4 : Régressions multiples. Influences du workaholisme et des caractéristiques du travail (T1) sur les variables de personnalité et les variables de suicidalité.

La lecture du tableau 7.4 nous apprend qu'après pris en compte le noyau de l'évaluation de soi, la **charge de travail** continue à prédire l'épuisement émotionnel **15 mois plus tard**, ($\beta = .28$, $p < .0001$). Elle demeure associée aux troubles somatiques ($\beta = .18$, $p < .01$), aux troubles du sommeil ($\beta = .20$, $p < .05$).

Elle est associée, mais ce n'est qu'une tendance au sens statistique, au sentiment de défaite ($\beta = .10$, $p < .09$), et à celui d'être piégé ($\beta = .10$, $p < .08$).

Autrement dit, la charge de travail, dont nous avons détaillé plus haut les mécanismes qui la relie à la santé chez les vétérinaires, demeure un stressor particulièrement préoccupant, lorsque l'on prend en compte les propriétés psychologiques des individus. Mais elle n'impacte pas significativement les variables de suicidalité.

En revanche, **les inquiétudes financières**, sont associées exclusivement aux variables de suicidalité. De fait, si elles ne sont ici associées ni au burnout, ni aux troubles somatiques ou du sommeil, en revanche, elles prédisent les idéations suicidaires ($\beta = .17$, $p < .01$), l'appartenance contrariée ($\beta = .18$, $p < .01$), le

sentiment d'être un fardeau ($\beta = .22, p < .01$) et le sentiment de défaite ($\beta = .13, p < .05$). A noter que ces inquiétudes concernent tout autant les salariés (cf annexes et le premier rapport).

Les conflits avec les collègues conduisent à ressentir des troubles somatiques ($\beta = .21, p < .0001$) et du sommeil ($\beta = .11, p < .05$). Ils tendent à être associés au cynisme ($\beta = .10, p < .08$) et au sentiment d'être un fardeau ($\beta = .10, p < .07$).

La peur d'être blessé prédit le cynisme ($\beta = .17, p < .01$), les troubles somatiques ($\beta = .17, p < .05$) et, mais c'est une tendance, la crainte d'être un fardeau ($\beta = .12, p < .07$). A noter que ces liens concernent principalement les femmes. Au cours de certains verbatim, plusieurs femmes ont évoqué les risques de blessures ou d'irradiation au cours de la grossesse.

Les autres stressseurs, à savoir **la détresse des clients, la négligence des clients, le sentiment d'avoir un travail, le travail morcelé et la peur de l'erreur**, n'ont ici aucun pouvoir prédictif à long terme, après contrôle de l'âge, du genre et du statut.

7.5 Le workaholisme

Avec le workaholisme nous abordons la seconde variable de personnalité prise en compte. Lors des entretiens menés avec les vétérinaires, et à la lecture de la littérature internationale, nous avons acquis la conviction que les comportements de certains d'entre eux vis-à-vis de leur travail s'apparentaient à du **workaholisme** c'est à dire une « compulsion ou un besoin incontrôlable de travailler sans cesse », un « besoin de travailler devenu tellement excessif qu'il perturbe de façon notoire sa santé, son bonheur et ses relations ». (Oates 1968).

Une des caractéristiques des workaholiques est qu'ils consacrent de longues heures à leur travail. Mais ce n'est pas suffisant. On peut avoir une amplitude horaire élevée pour des raisons économiques (avoir un meilleur salaire), pour des raisons organisationnelles (répondre à une urgence), etc. En fait, un workaholique ressent un besoin de travailler qui découle non pas d'une pression externe, mais d'une compulsion intérieure à laquelle il ne peut résister, qu'il ne peut contrôler.

Mais ces heures passées au travail en réponse à cette pulsion interne, ne sont pas pour autant synonymes productivité (e.g., Balducci, Alessandri, Zaniboni, et al., 2021, étude 1). En effet, le maintien d'une performance et d'une qualité de travail élevées implique des périodes de récupération que ne s'octroie pas le workaholique. Qui plus est, les attitudes et comportements associés au workaholisme entravent la réalisation d'un travail de qualité en engendrant un mauvais climat organisationnel. En effet, ces fous du travail refusent de déléguer leurs tâches (Spence & Robbins, 1992, Clark et al., 2014), sont peu coopératifs et cherchent la confrontation. Et quand ils sont managers, ils ont tendance à contrôler constamment leurs employés (Graves, Ruderman & Ohlott 2006), ce qui nuit à l'ambiance de travail. Au niveau individuel, le workaholisme a des effets délétères sur la santé physique et psychologique. Dans leur méta-analyse, Clark et al., (2014), observent que le workaholisme est associé au burnout, au stress professionnel, et à une diminution de la santé physique et psychologique. (Cf., également la revue de questions de Morkevičiūtė, Endriulaitienė, & Poškus, 2021).

Le workaholisme contribue au débordement du travail sur la vie privée. D'abord parce que les heures travaillées ne laissent plus guère de temps ni d'énergie pour se consacrer à des loisirs ou à une vie sociale ou familiale. Ensuite parce que cette addiction conduit à penser constamment à son travail

même pendant son temps libre, à culpabiliser si on ne travaille pas. Le workaholique n'a donc aucun moment à consacrer pleinement à ses proches, ce qui engendre de l'insatisfaction maritale et des conflits familiaux (Robinson & Post, 1995 ; Robinson, Flowers, & Ng, 2006). Les partenaires de workaholiques se sentent rejetés, délaissés physiquement et émotionnellement (Porter, 2001). D'ailleurs, d'après Reeves (2005), le taux de divorces chez les workaholiques serait 40% supérieur à celui observé chez les non-workaholiques. De plus, les effets de cette addiction débordent sur les enfants. Chez les étudiants, ceux qui perçoivent leurs parents comme workaholiques ont des plus bas niveaux de bien-être et d'acceptation de soi et ont davantage de problèmes de santé physique (Chamberlin, & Zhang, 2009).

7.5.1 Le workaholisme chez les vétérinaires

Pour rappel, dans le premier questionnaire adressé aux vétérinaires nous avons inclus une échelle validée scientifiquement et destinée à mesurer le workaholisme. Il s'agit de l'échelle DUWAS (*Dutch Work Addiction Scale*) élaborée par Schaufeli, Shimazu, et Taris, (2009) et validée en français par Sandrin et Gillet (2016). Une sous échelle de 5 items mesure le **travail excessif** (e.g., « *Je passe plus de temps à travailler qu'à voir mes amis ou à pratiquer des activités de loisir* », « *Je me retrouve à faire deux ou trois choses en même temps, comme manger, écrire un mail et parler au téléphone* ». Une autre sous échelle de 5 items mesure le **travail compulsif** (e.g., « *Je me sens coupable lorsque je ne travaille pas* », « *C'est difficile pour moi de me détendre lorsque je ne travaille pas* ». Les répondants ont donc un score, une moyenne, sur chacune de ces deux sous-échelles.

A partir des médianes des deux sous-échelles « Travail excessif » et « Travail compulsif », nous pouvons répartir les participants selon qu'ils ont des scores faibles ou élevés de travail excessif et de travail compulsif. En croisant ces deux dimensions nous avons obtenu les quatre groupes suivants :

	Travail Excessif Faible	Travail Excessif Elevé
Travail Compulsif Faible	Positifs	Acharnés
Travail Compulsif Elevé	Compulsifs	Workaholiques

Tableau 7.5 Une typologie.

-Les « **positifs** » ne travaillent ni excessivement ni compulsivement. On s'attend à ce qu'ils aient une bonne santé physique et psychologique.

-Les **travailleurs acharnés**, qui ont un score élevé sur la dimension « travail excessif » mais un score faible sur la dimension « travail compulsif », répondent certainement aux exigences professionnelles en acceptant une forte charge de travail, sans être compulsifs pour autant. Ils ne ressentent pas ce besoin incontrôlable de travailler sans cesse. On s'attend à ce qu'ils aient une bonne santé physique et psychologique, mais ceci n'exclut pas une certaine fatigue.

-Les « **compulsifs** » qui ont un score faible sur la dimension « travail excessif » mais élevé sur la dimension « travail compulsif » correspondent à un profil *a priori* atypique. Si le fait qu'ils ne travaillent pas excessivement doit protéger leur santé, en revanche leurs attitudes compulsives vis-à-vis de leur métier doit les conduire à avoir un burnout relativement élevé et plus généralement, une santé physique et psychologique relativement dégradée.

-Enfin les **workaholiques** qui travaillent à la fois de manière excessive et compulsivement. On s'attend à ce qu'ils aient la moins bonne santé physique et psychologique.

Lors du premier rapport, nous avons vu à quel point le workaholisme était présent chez les vétérinaires et correspondait à une attitude délétère. Il était en effet associé négativement à l'ensemble des critères de santé. Avec nos données longitudinales et avec l'introduction en T2 des variables de suicidalité (appartenance contrariée, sentiment d'être piégé, etc.,) nous pouvons confirmer, préciser et élargir nos premiers résultats.

Au tableau 7.6, ci-dessous, on peut lire le lien entre les quatre profils déjà présentés en T1 et les variables de santé. Dans chaque colonne, les moyennes étant accompagnées d'une lettre commune ne diffèrent pas statistiquement. Celles qui n'ont pas de lettre en commun ont entre elles une différence significative.

Par exemple concernant l'épuisement émotionnel, les workaholiques ont un score significativement supérieur aux trois autres groupes. En revanche, les scores des travailleurs acharnés et des compulsifs ne diffèrent pas. Pour les troubles du sommeil, les compulsifs ne diffèrent ni des acharnés ni des workaholiques. En revanche ces derniers ont des scores significativement supérieurs aux acharnés et aux travailleurs positifs.

Comme on le constate à la lecture de ce tableau, les workaholiques, (qui ont des scores identiques aux travailleurs compulsifs dans certains cas (cynisme, troubles du sommeil et idéations suicidaires) ont toujours, **15 mois plus tard**, des scores de **mauvaise santé**, supérieurs aux travailleurs acharnés et aux travailleurs positifs. C'est donc une des causes de la santé dégradée des vétérinaires et de leurs risques de suicide.

	Epuisement émotionnel T2	Cynisme T2	Troubles somatiques T2	Troubles du sommeil T2	Idéations suicidaires T2
Positifs	11.5 a	10.5 a	19.1 a	7.0 a	.7 a
Acharnés	13.6 b	10.9 a	19.8 a	8.6 b	.7 a
Compulsifs	15.4 b	15.0 b	21.7 b	10.0 b c	1.7 b
Workaholiques	18.6 c	14.3 b	23.9 c	10.5 c	1.7 b

Tableau 7.6 : Profils en T1 et santé physique et psychologique en T2. Deux moyennes qui ont une lettre en commun ne diffèrent pas statistiquement.

D'ailleurs, si l'on tourne maintenant nos analyses sur le lien entre les quatre profils en T1 et les variables de suicidalité en T2, *i.e.*, toujours 15 mois plus tard, on trouve à nouveau une association qui témoigne de l'aspect corrosif du travail compulsif chez les vétérinaires. (Tableau 7.7 ci-dessous). En effet, quelle que soit la variable de suicidalité considérée (appartenance contrariée, sentiment d'être un fardeau, sentiment de défaite), les workaholiques (qui ne diffèrent pas des compulsifs avec lesquels ils partagent précisément cette attitude compulsive à l'écart du travail) ont toujours des scores supérieurs aux travailleurs positifs et aux travailleurs acharnés, qui de leur côté ne diffèrent pas entre eux. C'est donc bien la dimension « compulsion », signature du workaholisme qui crée la différence.

En d'autres termes, nos données montrent sans équivoque qu'avoir une dépendance vis-à-vis de son travail, une addiction dont nous avons vu lors du premier rapport qu'elle caractérise un pourcentage élevé de vétérinaires, prédit un risque de mauvaise santé psychologique et physique et un risque de suicide.

	Appartenance Contrariée	Etre un Fardeau	Sentiment de Défaite	Etre Piégé
Positifs	13.9 a	6.1 a	6.3 a	7.3 a
Acharnés	14.5 a	5.9 a	6.3 a	7.5 a
Compulsifs	16.9 b	7.5 b	8.1 b	9.9 b
Workaholiques	18.7 b	7.9 b	8.5 b	10.3 b

Tableaux 7.7. Profils en T1 et variables de suicidalité en T2. Deux moyennes qui ont une lettre en commun ne diffèrent pas statistiquement.

Le workaholisme en fonction des générations.

	Travail excessif	Travail compulsif
Z 22-26 ans	13.7 a	13.4 a
Y 27-42 ans	14.7 b	12.7 b
X 43-58 ans	14.9 c	12.0 c
Boomers 59-77 ans	13.6 a	10.3 d
	F(3, 3125) = 18.2, p<.0001	F(3, 3111) = 39.4, p<.0001

Tableau 7.8 : Scores de travail excessif et de travail compulsif en fonction des générations (T1)

Par ailleurs comme on le voit aux tableaux 7.8 et 7.9 non seulement le workaholisme concerne toutes les générations, mais il est plus élevé et plus présent parmi les plus jeunes (Khi^2 , 9 ddl = 140.3, p<.0001).

En effet, au sein de la génération Z, *i.e.*, les 22-26 ans, les compulsifs et les workaholismes sont 64.7 % alors que les travailleurs positifs et excessifs sont 35.2%.

Or ces pourcentages passent à 53.7% et 46.4% chez les Y (27-42 ans), puis à 45.8% et 54.2% chez les X (43-58 ans) et enfin à 30% et 70% chez les boomers (59-77 ans).

Ceci dément une fois de plus l'idée que les plus jeunes seraient dégagés de leur travail. Si l'on regarde ceux qui sont sortis récemment de l'école, c'est à dire la génération Z, celle des 22-26 ans au moment du recueil des données, on constate qu'ils apparaissent, proportionnellement, aussi nombreux à être workaholiques comparativement aux générations suivantes, et plus nombreux à être des travailleurs compulsifs. Autrement dit, tout se passe si, ces dernières années, les jeunes professionnels sortant des écoles avaient, quasiment aux deux tiers, soit des profils de travailleur compulsif, soit des profils de workaholique.

Ces plus jeunes sont beaucoup moins nombreux parmi les travailleurs excessifs (5.1%). Mais c'est également le cas dans une certaine mesure pour la génération suivante (les Y, 27-42 ans), qui sont 14.3% à appartenir à ce profil alors que les X (43-58 ans) et les Boomers (≥ 59 ans) sont 22.5% et 19.8 respectivement. On note par ailleurs que 50% de ces derniers correspondent à des travailleurs positifs, qui ne travaillent ni excessivement, ni compulsivement.

	Positifs	Excessifs	Compulsifs	Workaholiques
Z 22-26 ans	30.1 %	5.1 %	27.9 %	36.8 %
Y 27-42 ans	32.1 %	14.3 %	13.6 %	40.1 %
X 43-58 ans	31.7 %	22.5 %	8.5 %	37.3 %
Boomers 59-77 ans	50.2 %	19.8 %	5.1 %	24.9 %

Tableau 7.9 : répartition des quatre profils en fonction des générations (T1). (Khi^2 , 9 ddl = 140.3, p<.0001).

7.6 Workaholisme et stressseurs perçus. Leur influence sur la santé des vétérinaires.

Tout comme pour le noyau de l'évaluation de soi, se pose la question suivante : les stressseurs perçus par les vétérinaires influent-ils toujours leur santé lorsque l'on prend d'abord en compte le poids de leur workaholisme ? C'est ce que nous avons voulu savoir grâce à une série d'analyses de régressions multiples linéaires. Dans un premier temps, les variables socio démographiques et professionnelles (âge, genre), et statut (libéral vs salarié) ont été entrées dans l'équation pour éliminer la variance qui pourrait être expliquée par leur relation avec nos variables dépendantes. Dans un second temps ont été entrées les deux variables du workaholisme, le travail excessif et le travail compulsif. Puis dans un troisième bloc, nous avons introduit les 8 facteurs de stressseurs.

Les résultats sont présentés au tableau ci-dessous.

	Epuist Emot	Cynis.	Troubl. Somat.	Troubl. Somm.	Idéations Suicid.	Appart. Contrar.	Fardeau	Défaite	Piège
Genre	.11*	.01	.26***	.09	-.04	.04	-.01	.00	.05
Age	.04	.02	.01	.11	.03	.01	-.11	.00	-.04
Statut	.01	.00	-.11	-.08	.00	-.13#	-.10	.00	-.06
R ²	.01	.00	.06	.03	.00	.02	.00	.00	.00
Travail Excessif	.14*	.01	.09	.10	.01	.04	.03	.00	.02
Travail Compulsif	.38***	.31***	.36***	.31***	.41***	.35***	.28***	.40***	.43***
R ²	.22	.09	.17	.14	.16	.14	.09	.15	.19
Charge travail	.23**	.07	.09	.14*	.00	.02	.05	.10	.06
Négligence Clients	.00	.02	-.03	.04	.02	-.07	-.03	.02	.01
Détresse des Clients	.04	.03	.10	.01	.09	.05	-.02	.06	.09
Inquiétudes Financières	.00	.13*	.01	.10	.18**	.18**	.21**	.16*	.07
Conflits avec Collègues	.05	.11*	.20***	.07	.00	.05	.06	.11*	.06
Peur des Erreurs	.06	.10	.01	.02	-.02	.14*	.10	.12# <.06	.09
Craintes de Blessures	.07	.20**	.16**	.06	.11# <.07	.02	.16*	.04	.07
Travail Morcellé	.05	.07	-.07	-.06	.03	.01	-.13*	.01	.04
R ²	.07	.12	.10	.04	.06	.06	.08	.10	.07

Tableau 7.10 : Régressions multiples. Influences du workaholisme et des caractéristiques du travail (T1) sur la santé physique et psychologique (T2) * p<.05 ; ** p<.01 ; *** p<.001

La lecture du tableau 7.10 confirme à quel point le workaholisme, entraîne une mauvaise santé physique et psychologique ainsi que des risques de suicide. Sa dimension essentielle, celle qui signe son caractère compulsif et addictif est associée à l'ensemble des variables de santé qu'il s'agisse du burnout, des troubles somatiques ou des troubles du sommeil, des idéations suicidaires ainsi qu'à l'ensemble des variables de suicidalité. De son côté la dimension « travail excessif » n'est associée qu'à l'épuisement émotionnel.

Par ailleurs, la part de variance expliquée par le workaholisme s'avère élevée dans tous les cas. Elle va de 9% pour le cynisme et la sensation d'être un fardeau, à 14% pour les troubles du sommeil et l'appartenance contrariée, à 16% pour les idéations suicidaires jusqu'à 19% et 22 % pour le sentiment d'être piégé et l'épuisement émotionnel, respectivement.

Ceci étant, **après la prise en compte du workaholisme**, on constate que certains stressseurs contribuent également, même si c'est le plus souvent dans une moindre proportion, à détériorer la santé des vétérinaires 15 mois plus tard.

C'est notamment le cas de la **charge du travail et son débordement sur la vie privée**. Elle impacte l'épuisement émotionnel, la dimension centrale du burnout ($\beta=.23$, $p<.01$) et les troubles du sommeil ($\beta=.14$, $p<.05$). Elle n'est toutefois associée à aucune variable de suicidalité.

Les **inquiétudes financières** figurent également parmi les stressseurs significatifs. Elles prédisent le cynisme ($\beta=.13$, $p<.05$), les idéations suicidaires et 3 des quatre variables de suicidalité : l'appartenance contrariée, ($\beta=.18$, $p<.01$), le sentiment d'être un fardeau ($\beta=.21$, $p<.01$), et le sentiment de défaite ($\beta=.16$, $p<.05$). Ceci indique une fois de plus les risques qu'elles engendrent. A noter, que ces inquiétudes ne sont pas l'apanage des libéraux, mais se retrouvent également chez les salariés.

La **Crainte des blessures** constitue également un stressseur puissant. Elles prédisent le cynisme ($\beta=.20$, $p<.01$), les troubles somatiques ($\beta=.16$, $p<.01$), le sentiment d'être un fardeau ($\beta=.16$, $p<.05$) et tendent à prédire les idéations suicidaires ($\beta=.11$, $p<.07$).

Les **conflits avec les collègues**, qui ne sont évidemment pas spécifiques aux vétérinaires, contribuent à engendrer du cynisme, ($\beta=.11$, $p<.05$). des troubles somatiques, ($\beta=.20$, $p<.0001$) et contribuent également au sentiment de défaite ($\beta=.11$, $p<.05$).

Enfin, **la peur des erreurs** prédit l'appartenance contrariée et ($\beta=.14$, $p<.05$) et le sentiment de défaite ($\beta=.12$, $p<.03$).

Résumé.

Dans notre échantillon, le noyau de l'évaluation de soi (ou concept de soi positif) est plus élevé chez les hommes comparativement aux femmes et plus élevé chez les plus vieux comparativement aux plus jeunes. Il contribue à une perception plus faible des stressseurs.

Le noyau de l'évaluation de soi est associé à toutes les variables de santé et de suicidalité retenue dans cette recherche.

Après prise en compte du noyau de l'évaluation de soi, on observe que la charge de travail, les inquiétudes financières, les conflits avec les collègues, et la crainte des blessures ont toujours un impact sur la santé et la suicidalité des vétérinaires.

Le workaholisme est plus présent chez les femmes et chez les plus jeunes. Il est associé 15 mois plus tard à toutes les variables de santé et de suicidalité.

Après prise en compte du workaholisme, les inquiétudes financières, la crainte des blessures, les conflits avec les collègues, la peur de l'erreur et la charge de travail prédisent les variables de santé et de suicidalité des vétérinaires.

Références.

- Aziz, S., Zamary, S., & Wuensch, K. (2018). The endless pursuit for self-validation through attainment: An examination of self-esteem in relation to workaholism. *Personality and Individual Differences, 121*, 74-79.
- Balducci, C., Alessandri, G., Zaniboni, S., Avanzi, L., Borgogni, L., & Fraccaroli, F. (2021). The impact of workaholism on day-level workload and emotional exhaustion, and on longer-term job performance. *Work & Stress, 35*, 6-26. <https://doi.org/10.1080/02678373.2020.1735569>
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16*(4), 266-275.
- Bartram, D. J., Yadegarfar, G., & Baldwin, D. S. (2009). Psychosocial working conditions and work-related stressors among UK veterinary surgeons. *Occupational medicine, 59*(5), 334-341.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Berdahl, J. L., Cooper, M., Glick, P., Livingston, R. W., & Williams, J. C. (2018). Work as a masculinity contest. *Journal of Social Issues, 74*(3), 422-448.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Henning, M., Werner, A. M., Burghardt, J., Tibubos, A. N., ... & Brähler, E. (2020). Somatic symptoms in the German general population from 1975 to 2013. *Scientific Reports, 10*(1), 1595.
- Bonaccio, S., Lapierre, L.M. & O'Reilly, J. (2019). Creating work climates that facilitate and maximize the benefits of disclosing mental health problems in the workplace. *Organizational Dynamics, 48*, 113-122.
- British Veterinary Association (2019). Sick as a dog: presenteeism is a problem in the vet profession. <https://www.bva.co.uk/news-and-blog/news-article/sick-as-a-dog-presenteeism-is-a-problem-in-the-vet-profession-says-bva/>.
- Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., ... Dowrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population: Five-centre analysis from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry, 189*(5), 410–415. doi:10.1192/bjp.bp.105.017368
- Chabrol, H., & Choquet, M., (2009). Relationship between depressive symptoms, hopelessness and suicidal ideation among 1547 high school students. *Encephale. 35*, 443–447.
- Chamberlin, C, & Zhang, N. (2009). Workaholism, health, and self-acceptance. *Journal of Counseling & Development, 87*(2), 159-1 69. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00563.x>
- Chambers, R., & Belcher, J. (1994). Predicting mental health problems in general practitioners. *Occupational Medicine, 44*, 212–6.
- Chang, C. H., Ferris, D. L., Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Tan, J. A. (2012). Core self-evaluations: A review and evaluation of the literature. *Journal of management, 38*(1), 81-128.

Clark, M. A., Michel, J. S., Zhdanova, L., Pui, S. Y., & Baltes, B. B. (2014). All work and no play? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism. *Journal of Management*, 42, 1836-1873. DOI: 10.1177/0149206314522301

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.

De Lange, A. H., Taris, T. W., Jansen, P., Smulders, P., Houtman, I., & Kompier, M. (2006). Age as a factor in the relation between work and mental health: results from the longitudinal TAS survey. *Occupational Health Psychology: European perspectives on research, education and practice*, 1, 21-45.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605.

Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed., pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Dettmers, J., Vahle-Hinz, T., Bamberg, E., Friedrich, N., & Keller, M. (2016). Extended work availability and its relation with start-of-day mood and cortisol. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(1), 105–118. <https://doi.org/10.1037/a0039602>

Dupre, M. E., Beck, A. N., & Meadows, S. O. (2009). Marital trajectories and mortality among US adults. *American Journal of Epidemiology*, 170(5), 546–555.

Eagly, A. H., & Carli, L. L. (2007). *Through the labyrinth: The truth about how women become leaders*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Eagly, A. H., & Johnson, B. T. (1990). Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 108, 233–256.

Ervasti, J., Pentti, J., Nyberg, S. T., , ... Kivimäki, M. (2021). Long working hours and risk of 50 health conditions and mortality outcomes: a multicohort study in four European countries. *The Lancet Regional Health - Europe*, 11, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100212>

Frijters, P., Haisken-DeNew, J. P., & Shields, M. A. (2005). The causal effect of income on health: Evidence from German reunification. *Journal of Health Economics*, 24(5), 997-1017.

Fritschi L, Morrison D, Shirangi A, Day L. (2009), Psychological well-being of Australian veterinarians. *Australian Veterinary Journal*, 87, 376–81.

Frone, M. R. (2000). Interpersonal conflict at work and psychological outcomes: testing a model among young workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 246-255.

Gaba, D.M., & Howard, S.K. (2002). Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients. *New England Journal of Medicine*, 347, 1249–55. doi: 10.1056/NEJMs020846

Ganster, D. C., Rosen, C. C., & Fisher, G. G. (2018). Long working hours and well-being: What we know, what we do not know, and what we need to know. *Journal of Business and Psychology*, 33, 25-39.

Garrison, C.Z., Addy, C.L., Jackson, K.L., McKeown, R.E., Waller, J.L., (1991). The CES-D as a screen for depression and other psychiatric disorders in adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 30, 636–641.

Gilbert, P. (2000). Varieties of submissive behavior as forms of social defense: Their evolution and role in depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 3–45). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Goh, J., Pfeffer, J., Zenios, S.A. (2015). Workplace stressors & health outcomes: Health policy for the workplace. *Behavioral Science & Policy*, 1, 43–52.

Goetzel, R.Z., Long, S.R., Ozminkowski, R.J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 46(4), 398-412. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000121151.40413.bd>

Graves, L., Ruderman, M. N., & Ohlott, P. J. (2006). Effect of workaholism on managerial performance: Help or hindrance?. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2006, No. 1, pp. A1-A6). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.

Greenberg, J. (2001). Setting the justice agenda: Seven unanswered questions about "what, why and how." *Journal of Vocational Behavior*, 58(2), 210–219. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1792>

Gustafsson Sendén, M., Schenck-Gustafsson, K., & Fridner, A. (2016). Gender differences in Reasons for Sickness Presenteeism-a study among GPs in a Swedish health care organization. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 28, 1-7.

Hammarström, P., Rosendahl, S., Gruber, M., & Nordin, S. (2023). Somatic symptoms in burnout in a general adult population. *Journal of Psychosomatic Research*, 168, 111217

Hatch, P. H., Winefield, H. R., Christie, B. A., & Lievaart, J. J. (2011). Workplace stress, mental health, and burnout of veterinarians in Australia. *Australian Veterinary Journal*, 89(11), 460-468.

Hawton, K., Malmberg, A. & Simkin, S. (2004) Suicide in doctors: a psychological autopsy study. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 1-4.

Hillman, D., Mitchell, S., Streatfeild, J., Burns, C., Bruck, D., & Pezzullo, L. (2018). The economic cost of inadequate sleep. *Sleep*, 41(8), 10.1093/sleep/zsy083. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy083>

Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36, 590-594.

Höller, I., Rath, D., Teismann, T., Glaesmer, H., Lucht, L., Paashaus, L., ... & Forkmann, T. (2022). Defeat, entrapment, and suicidal ideation: Twelve-month trajectories. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(1), 69-82.

Homrich, P. H. P., Dantas-Filho, F. F., Martins, L. L., & Marcon, E. R. (2020). Presenteeism among health care workers: literature review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 18(1), 97.

Imai, T., Kuwahara, K., Miyamoto, T., Okazaki, H., Nishihara, A., Kabe, I., Mizoue, T., Dohi, S., & Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study Group. (2016). Validity and reproducibility of self-reported working hours among Japanese male employees. *Journal of Occupational Health*, 58(4), 340-346.

Jaffe, D. H., Rive, B., & Denee, T. R. (2019). The burden of suicidal ideation across Europe: a cross-sectional survey in five countries. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 2257–2271. <https://doi.org/10.2147/NDT.S204265>

Jenkins, C. D., Stanton, B. A., Niemcryk, S. J., & Rose, R. M. (1988). A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41 (4), 313–321.

Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.

Joiner, T.E., Brown, J.S., & Wingate, L.R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287–314.

Joiner, T. E., Pettit, J. W., Walker, R. L., Voelz, Z. R., Cruz, J., Rudd, M. D., & Lester, D. (2002). Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(5), 531–545. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.5.531.22624>

Judge, T. A., & Kammeyer-Mueller, J. D. (2011). Implications of core self-evaluations for a changing organizational context. *Human Resource Management Review*, 21(4), 331-341.

Judge, T. A., Locke, E. A., & Durham, C. C. (1997). The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach. *Research in Organizational Behavior*, 19, 151-188.

Judge, T.A., Locke, E.A., Durham, C.C., & Kluger, A.N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83, 17–34.

Kaldjian, L. C., Shinkunas, L. A., Reisinger, H. S., Polacco, M. A., & Perencevich, E. N. (2019). Attitudes about sickness presenteeism in medical training: is there a hidden curriculum?. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 8(1), 1-9. doi: 10.1186/s13756-019-0602-7

Kaneita, Y., & Ohida, T. (2011). Association of current work and sleep situations with excessive daytime sleepiness and medical incidents among Japanese physicians. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7, 512–22. doi: 10.5664/JCSM.1322

Kedrowicz, A. A., & Royal, K. D. (2020). A comparison of public perceptions of physicians and veterinarians in the United States. *Veterinary Sciences*, 7(2), 50.

Kogan, L. R., Rishniw, M., Hellyer, P. W., & Schoenfeld-Tacher, R. M. (2018). Veterinarians' experiences with near misses and adverse events. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 252, 586-595. DOI: <https://doi.org/10.2460/javma.252.5.586>

Kogan, L.R., Schoenfeld-Tacher, R., Carney, P., Hellyer, P., & Rishniw, M. (2021). On-Call Duties: The Perceived Impact on Veterinarians' Job Satisfaction, Well-Being and Personal Relationships. *Frontiers in Veterinary Science*, 8, 740852.

Kroenke, K. P. C. C. (2003). The interface between physical and psychological symptoms. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 5(suppl 7), 11-18.

Kuriakose, V., Sreejesh, S., Jose, H., Anusree, M.R., & Jose, (2019). Process conflict and employee well-being. *International Journal of Conflict Management*, 30, 462-489.

Léger, D., & Ogrizek, P. (2012). Troubles du sommeil et de l'éveil: mise au point. *La Revue de médecine interne*, 33(9), 525-531.

Mandiracioglu, A., Bolukbas, O., Demirel, M., & Gumeli, F. (2015). Factors related to presenteeism among employees of the private sector. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(1): 80-5. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1017967>

Marcellus, L. (2004). Are We Missing Anything? Pursuing Research on Attrition. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36, 82–98. PMID: 15551664.

Mogavero, M. P., DelRosso, L. M., Fanfulla, F., Bruni, O., & Ferri, R. (2021). Sleep disorders and cancer: State of the art and future perspectives. *Sleep medicine reviews*, 56, 101409. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101409>

Morkevičiūtė, M., Endriulaitienė, A., & Poškus, M. S. (2021). Understanding the etiology of workaholism: The results of the systematic review and meta-analysis. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 36(4), 351-372.

Moscardini, E. H., Robinson, A., Calamia, M., & Tucker, R. P. (2023). Perfectionism and suicidal ideation: An examination of premotivational factors within the integrated motivational–volitional model of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 44(4), 267–275. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000850>

Nakanishi, N., Nishina, K., Yoshida, H., Matsuo, Y., Nagano, K., Nakamura, K., Suzuki, K., & Tataru, K. (2001). Hours of work and the risk of developing impaired fasting glucose or type 2 diabetes mellitus in Japanese male office workers. *Occupational & Environmental Medicine*, 58, 569–574.

Nakanishi, N., Yoshida, H., Nagano, K., Kawashimo, H., Nakamura, K., & Tataru, K. (2001). Long working hours and risk for hypertension in Japanese male white collar workers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 316–322.

Neill, C. L., Hansen, C. R., & Salois, M. (2022). The economic cost of burnout in veterinary medicine. *Frontiers in Veterinary Science*, 9, 814104

Oakey-Frost, D. N., Moscardini, E. H., Russell, K., Rasmussen, S., Cramer, R. J., & Tucker, R. P. (2022). Defeat, entrapment, and hopelessness: Clarifying interrelationships between suicidogenic constructs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 10518. <https://doi.org/10.3390/ijerph19171051>

Offermann, L. R., & Gowing, M.K (1990). Organizations of the future: Changes and challenges. *American Psychologist*, 45, 95-108.

Ouedraogo, F. B., Lefebvre, S. L., Hansen, C. R., & Brorsen, B. W. (2021). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among full-time veterinarians in the United States (2016-2018). *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 258(11), 1259–1270. <https://doi.org/10.2460/javma.258.11.1259>

Pasfield, K., Gottlieb, T., Tartari, E., Ward, M. P., & Quain, A. (2022). Sickness presenteeism associated with influenza-like illness in veterinarians working in New South Wales: Results of a state-wide survey. *Australian Veterinary Journal*, 100(6), 243-253. doi: 10.1111/avj.13153

Perret, J.L., Best, C.O., Coe, J.B., Greer, A.L, Khosa, D.K., & Jones-Bitton, A.(2020). Association of demographic, career, and lifestyle factors with resilience and association of resilience with mental health outcomes in veterinarians in Canada. *J Am Vet Med Assoc*. 257, 1057–68. doi: 10.2460/javma.2020.257.10.1057

Platt, B., Hawton, K., Simkin, S., Dean, R., & Mellanby, R. J. (2012). Suicidality in the veterinary profession. *Crisis*, 33, 280–289. DOI: 10.1027/0227-5910/a000143

Pohl, R., Botscharow, J., Böckelmann, I., & Thielmann, B. (2022). Stress and strain among veterinarians: a scoping review. *Irish Veterinary Journal*, 75(1), 15.

Porter, G. (2001). Workaholic Tendencies and the High Potential for Stress Among Co-Workers. *International Journal of Stress Management*, 8, 147–164. <https://doi.org/10.1023/A:1009581330960>

Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of vocational behavior*, 77(2), 168-185.

Reeves, S. 2005. Addicted to work, “*Forbes*”, November, 17

Regina, J., & Allen, T. D. (2023). Masculinity contest culture: Harmful for whom? An examination of emotional exhaustion. *Journal of Occupational Health Psychology*, 28(2), 117.

Reijula K, Rasanen K, Hamalainen M, Juntunen K, Lindbohm M-L, Taskinen H, et al. (2003). Work environment and occupational health of Finnish veterinarians. *American Journal of Industrial Medicine*, 44(1):46–57.

Rivera, A. C., Geronimo-Hara, T. R., LeardMann, C. A., Penix, E. A., Phillips, C. J., Faix, D. J., ... & Adler, A. B. (2021). Behavioral health and sleep problems among US army veterinarians and veterinary technicians participating in the millennium cohort study. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 258(7), 767-775.

Robinson, B. E., Flowers, C, & Ng, K. M. (2006). The relationship between workaholism and marital disaffection: Husbands' perspective. *The Family Journal*, 74, 213-220. DOI: 10.1177/1066480706287269

Robinson, B. E., & Post, P. (1995). Work addiction as a function of family of origin and its influence on current family functioning. *The Family Journal*, 3, 91–95. doi:10.1177/1066480795033003

Sandrin, E., & Gillet, N. (2016). Validation d'une version française de la Dutch Work Addiction Scale (DUWAS). *Psychologie du Travail et des Organisations*, 22, 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2016.02.007> Get rights and content

Safi, M. (2011). L'analyse longitudinale données et méthodes. In A. Chenu & L. Lesnard, (Eds). *La France dans les comparaisons internationales. Guide d'accès aux grandes enquêtes statistiques en sciences sociales*. 161-172. Presses de Sciences Po.

Schaufeli, W. B., Shimazu, A., & Taris, T. W. (2009). Being driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan. *Cross-cultural research*, 43, 320-348. DOI: 10.1177/1069397109337239

Scotney, R.L., McLaughlin, D., & Keates, H.L. (2019) An investigation of the prevalence of compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout in those working in animal-related occupations using the Professional Quality of Life (ProQoL) Scale. *Vet Nurse*, 10, 276–84. doi: 10.12968/vetn.2019.10.5.276

Sheilds, S. A., Mallory, M. E., & Simon, A. (1989). *Body Awareness Questionnaire (BAQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t15504-000>

Shirangi, A., Fritschi, L., Holman, C. and Morrison, D. (2013), Mental health in female veterinarians: effects of working hours and having children. *Australian Veterinary Journal*, 91, 123–130. doi: 10.1111/avj.12037

Siddaway, A. P., Taylor, P. J., Wood, A. M., & Schulz, J. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 184, 149-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.046>

Spence, J. T., & Robbins, A. S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 160-178.

Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G., & Taormina, G. (2006). Understanding Girls' Circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. *Adolescence*, 41, 55–74.

Steffey, M. A., Griffon, D. J., Risselada, M., Buote, N. J., Scharf, V. F., Zamprogno, H., & Winter, A. L. (2023). A narrative review of the physiology and health effects of burnout associated with veterinarian-pertinent occupational stressors. *Frontiers in Veterinary Science*, 10, 1184525. <https://doi.org/10.3389/fvets.2023.1184525>

Steffey, M. A., Griffon, D. J., Risselada, M., Scharf, V. F., Buote, N. J., Zamprogno, H., & Winter, A. L. (2023). Veterinarian burnout demographics and organizational impacts: a narrative review. *Frontiers in Veterinary Science*, 10.

Streatfeild, J., Smith, J., Mansfield, D., Pezzullo, L., & Hillman, D. (2021). The social and economic cost of sleep disorders. *Sleep*, 44(11), zsab132.

Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Hanson, L. M., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). Sick leave predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: A nationally representative study of the Swedish working population. *PLoS ONE*, 7(9), Article e44721. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044721>

- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, *137*, 391-420. DOI: 10.1037/a0022935
- Tibubos, A. N., Zenger, M., Schmalbach, B., Beutel, M. E., & Brähler, E. (2020). Measurement invariance, validation and normative data of the Jenkins Sleep Scale-4 (JSS-4) in the German general population across the life span. *Journal of psychosomatic research*, *130*, 109933.
- Tocci, M. C., Converse, P. D., & Moon, N. A. (2019). Core self-evaluations over Time. *Journal of Individual Differences*.
- Torres, M. E., Löwe, B., Schmitz, S., Pienta, J. N., Van Der Feltz-Cornelis, C., & Fiedorowicz, J. G. (2021). Suicide and suicidality in somatic symptom and related disorders: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *140*, 110290.
- Truchot, D., Andela, M., & Takhiart, H. (2021). Stressors met by quarantined French students during the covid-19 pandemic. Their links with depression and sleep disorders. *Journal of Affective Disorders*, *294*, 54-59.
- Truchot, D., Bobillier-Chaumon, M-E., Auzoult, L. et Andela, M. (2024). Le Travail. In Laurent Bègue (ed.). *Traité de Psychologie Sociale*. Bruxelles, De Boeck.
- Truchot, D., Lheureux, F., & Borteyrou, X. (2014). Santé physique et idéations suicidaires chez les médecins généralistes. L'influence du burnout. In V. Christophe, C. Ducro & P. Antoine (eds). *Psychologie de la santé : Individu, Famille et Société* (pp.322. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.
- Truchot, D., & Mudry, A. (2019). Conditions de travail et risques psycho-sociaux chez les masseurs-kinésithérapeutes. Une étude nationale. Rapport de recherche pour le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Laboratoire de Psychologie UR 3188, Université de Franche-Comté.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H., & Needham, B. (2006). You make me sick: Marital quality and health over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, *47*(1), 1–16.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). *The interpersonal theory of suicide*. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. doi:10.1037/a0018697
- Van Wijk, C. M. G., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social science & medicine*, *45*(2), 231-246.
- von Känel, R., Princip, M., Holzgang, S. A., Fuchs, W. J., van Nuffel, M., Pazhenkottil, A. P., & Spiller, T. R. (2020). Relationship between job burnout and somatic diseases: a network analysis. *Scientific reports*, *10*(1), 18438.
- Wadsworth, T. (2015). Marriage and subjective well-being: How and why context matters. *Social Indicators Research*, *126*(3), 1025–1048.
- Wali, S.O., Qutah, K., Abushanab, L., Basamh, R., Abushanab, J., & Krayem, A. (2013). Effect of on-call-related sleep deprivation on physicians' mood and alertness. *Annals of Thoracic Medicine*, *8*, 22. doi: 10.4103/1817-1737.105715

Wong, K., Chan, A. H., & Ngan, S. C. (2019). The effect of long working hours and overtime on occupational health: a meta-analysis of evidence from 1998 to 2018. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(12), 2102. doi:10.3390/ijerph16122102

Yang, Y., Schnall, P.L., Jauregui, M., Su, T.C., & Baker, D. (2006). Work hours and self-reported hypertension among working people in California. *Hypertension*, *48*, 744–750.

Yip, P. S. F., Yang, K. C. T., Ip, B. Y. T., Law, Y. W. & Watson, R. (2007) Financial debt and suicide in Hong Kong SAR. *Journal of Applied Social Psychology* *37*, 2788-2799.

Zeng, L. N., Zong, Q. Q., Yang, Y., Zhang, L., Xiang, Y. F., Ng, C. H., ... & Xiang, Y. T. (2020). Gender difference in the prevalence of insomnia: a meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 577429.

Annexes

	Epuisement émotionnel		Cynisme		Troubles Soma- tiques		Troubles Sommeil		Idéations sui- cidaires	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Noyau Eval de Soi	-.45***	-.41***	-.41***	-.39***	-.28**	-.38***	-.34***	-.26***	-.43***	-.41***
R²	.20	.17	.16	.15	.08	.15	.12	.07	.18	.17
Charge travail	.32**	.25**	.10	.13	.29**	.15*	.27*	.18*	.06	.04
Négligence Clients	.01	.06	.03	.04	.12	.02	.04	.07	.00	.11
Détresse Clients	.11	-.03	.09	-.13	.09	.15*	.11	-.04	.31*	-.03
Inquiétudes Fi- nancières	-.01	-.00	.30**	-.03	.00	.07	.06	.14*	.20*	.11
Conflits Col- lègues	.12	.00	.09	.07	.40**	.12*	.16	.04	.06	.04
Peur Erreurs	-.02	-.02	-.07	.06	.00	-.04	-.13	-.01	-.16	-.10
Craintes Bles- sures	.01	.15*	.14	.21*	.17	.14*	.01	.12	-.05	.16*
Travail Mor- cellé	.02	.05	-.03	.06	-.02	-.04	-.10	-.04	.04	.01
R²-	.12	.12	.11	.09	.28	.13	.10	.09	.11	.06

Tableau 7.1 : Régressions multiples. Influences de la personnalité et des caractéristiques du travail (T1) sur la santé physique et psychologique (T2) selon le genre. * p<.05 ; ** p<.01 ; *** p<.001

H= Hommes ; F= Femmes

	Appartenance Contrariée		Fardeau		Défaite		Piège	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Noyau Eval de Soi	-.50***	-.41***	-.28**	.25**	-.59***	-.49***	-.57***	-.50***
R ²	.24	.17	.08	.06	.34	.24	.31	.25
Charge travail	.02	.09	.04	.16*	.11	.12	.04	.16*
Négligence Clients	.02	-.00	.03	-.00	.01	.10	-.06	.13
Détresse Clients	.21*	-.11	.08	-.06	.15	-.04	.28**	-.07
Inquiétudes Financières	.19*	.23**	.19	.24**	.11	.11	.10	.08
Conflits Collègues	.08	.06	.13	.07	.11	.05	.06	.04
Peur Erreurs	.05	-.08	.01	.02	.00	-.04	-.09	-.05
Craintes Blessures	.02	-.01	.11	.11	-.01	.07	.07	.04
Travail Morcellé	.21*	-.10	.01	-.18*	.06	-.07	.10	-.02
R ²⁻	.16	.05	.10	.09	.08	.05	.10	.05

Tableau 7.2 : Régressions multiples. Influences de la personnalité et des caractéristiques du travail (T1) sur les variables de suicidalité en selon le genre. * p<.05 ; ** p<.01 ; * p<.001**

H= Hommes ; F= Femmes

	Appartenance Contrariée		Fardeau		Défaite		Piège	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Travail excessif	.18	.01	.14	-.03	-.01	-.00	-.03	.04
Travail compulsif	.38***	.27***	.19	.34***	.51***	.34***	.55***	.36***
R ²	.25	.08	.08	.10	.25	.11	.28	.15
Charge travail	-.03	.12	.02	.13	.13	.13	.05	.12
Négligence Clients	.06	.02	-.07	.01	-.05	.07	-.14	.10
Détresse Clients	.18 p<.11	-.09	.09	-.07	.14	.00	.23*	-.02
Inquiétudes Financières	.19*	.27***	.19 p<.08	.22**	.13	.17*	.10	.11
Conflits Collègues	-.10	.08	.03	.02	.12	.10	.05	.06
Peur Erreurs	.21*	.03	.09	.08	.18 p<.10	.07	.08	.07
Craintes Blessures	.05	-.02	.13	.14*	.03	.04	.12	.02
Travail Morcellé	.18 p<.11	-.07	.00	-.18*	.09	-.05	.13	-.02
R ²⁻	.16	.07	.11	.09	.15	.08	.13	.06

Tableau 7.2 : Régressions multiples. Influences de la personnalité et des caractéristiques du travail (T1) sur les variables de suicidalité en selon le genre. * p<.05 ; ** p<.01 ; * p<.001**

H= Hommes ; F= Femmes

	Appartenance Contrariée	Fardeau	Défaite	Piège
Genre	.07	.00	.02	.06
Age	.06	-.06	-.01	-.03
R² ajusté	.00	.00	.00	.00
-1. Maux de tête	.05	-.02	.05	.00
-2. Défaillance ou vertiges	.09#	.08#	.06	.09*
-3. Douleurs cardiaques ou douleurs dans la poitrine	.01	.02	.04	.01
-4. Nausées ou douleurs d'estomac	.02	.09*	.04	.04
-5. Douleurs dans le bas du dos	.04	-.07	-.00	.06
-6. Douleurs musculaires	.06	.02	.03	.05
-7. Difficultés respiratoires	-.01	-.01	.02	-.01
-8. Sueurs froides ou bouffées de chaleur	-.04	.11*	.09#	.10*
-9. Fourmillements ou picotements	-.09*	.02	.02	.04
-10. Gorge nouée	-.07#	.07	.15***	.13**
-11. Faiblesse dans certaines parties du corps	.04	.11*	.04	.10*
-12. Lourdeur dans les bras ou les jambes	.05	.10*	.10*	.04
-13. Douleurs cervicales	-.01	.02	.03	.00
R²	.10	.12	.14	.16

Tableau 5.2 Troubles somatiques en T1 et variables suicide enT2

Workaholisme et noyau de l'évaluation de soi.

Parmi les milliers de recherches publiées sur la question du workaholisme, nous en avons trouvé une seule portant sur les liens entre noyau de l'évaluation de soi et workaholisme. Par ailleurs elle porte sur un échantillon (N= 421) d'employés chinois, ce qui rend les comparaisons difficiles avec les vétérinaires français, non seulement du point de vue de la profession mais également du modèle culturel. Les chinois évoluent dans une culture collectiviste, alors que la culture au travail est en France, individualiste (Cf. Hofstede).

Quoi qu'il en soit, on s'attend à ce que le CSE prédise un faible workaholisme. En effet, le workaholique (cf. le premier rapport de recherche) avec un labeur jamais terminé, il court désespérément après le même leurre. Comme l'écrivent Aziz, Zamary, & Wuensch, (2018), il est dans une quête sans fin de la validation de soi. Ces auteurs ont montré, auprès d'un échantillon de 414 personnels d'une université étasunienne, un lien négatif entre estime de soi et workaholisme. D'après eux, une faible estime de soi conduit au workaholisme, ce qui conduit à travailler de longues heures et à éprouver davantage de stress.

De fait, cf. tableau suivant, le noyau de l'évaluation de soi des travailleurs positifs et des acharnés (qui ne diffèrent pas entre eux) sont significativement supérieurs à ceux des travailleurs compulsifs et des workaholiques (qui ne diffèrent pas entre eux). Autrement dit,

	Noyau de l'évaluation de soi T1	Noyau de l'évaluation de soi T2
Positifs	38.8 a	38.4 a
Acharnés	38.5 a	37.8 a
Compulsifs	33.0 b	32.8 b
Workaholiques	33.4 b	33.3 b
	F(3,3070) = 142.5, p<.0001	F(3,614) = 24.9, p<.0001