



Évolution et lien entre burnout et empathie au cours des deux premières années d'internat de médecine générale

Léa Bazin-Toubeau de Maisonneuve

► To cite this version:

Léa Bazin-Toubeau de Maisonneuve. Évolution et lien entre burnout et empathie au cours des deux premières années d'internat de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01306155

HAL Id: dumas-01306155

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01306155>

Submitted on 9 Jun 2016

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

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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 133

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Etude de la sensibilité des follicules antraux à la FSH exogène chez
des patientes candidates à une préservation de la fertilité
pour cancer du sein ou lymphome de Hodgkin

Présentée et soutenue publiquement
le 16 octobre 2015

Par

Léa BAZIN-TOUBEAU de MAISONNEUVE

Née le 27 avril 1987 aux Lilas (93)

Dirigée par M. Le Professeur François Baumann

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury Président

M. Le Professeur Eric Galam

M. Le Docteur Cédric Lemogne

Mme Le Docteur Emilie Boujut



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe JAURY,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, vous qui avez participé à part entière à cette étude. Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur François BAUMANN,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse.

A Monsieur le Professeur Eric GALAM,

Pour avoir répondu avec tant d'enthousiasme à ma sollicitation. Vous me faites l'honneur de participer au Jury.

A Monsieur le Docteur Cédric LEMOGNE,

Merci pour votre présence au sein de mon jury.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma gratitude sincère.

A Madame le Docteur Emilie BOUJUT,

Pour avoir accepté de m'aider et de me guider tout au long de ce travail. Tu m'as soutenu, encouragé et apporté toute ton expérience dans ce beau projet, je ne sais pas comment j'aurais fait sans ton aide. Merci pour ta grande disponibilité.

A toute l'équipe d'InternLife,

Partager ce projet avec vous a été une expérience très enrichissante.

Au Docteur Véronique GIRE,

Avec ta qualité d'écoute et tes soins, tu as été la première à me donner l'envie de faire ce beau métier.

Aux médecins qui m'ont formée,

A Jean,

Pour m'avoir le premier montré que rigueur scientifique et empathie étaient deux choses parfaitement compatibles.

A Anne,

Je ne pourrais pas citer ici tout ce que tu m'as apporté. Tu as confirmé ma volonté de vouloir exercer la médecine générale. Merci pour ta confiance.

A Aymeric,

Mon mari, mon Amour, mon Dou, tu es mon essentiel.

A mes parents,

Pour avoir fait de moi ce que je suis ; pour votre amour inconditionnel.

A Elsa et Mahel,

Mes frangins ! La vie sans vous serait bien triste, j'ai une chance infinie de vous avoir. Et merci d'avoir du goût pour vos amours, grâce auxquelles j'ai maintenant un beau-frère et une belle sœur au top, et quatre neveux et nièces plus adorables les uns que les autres !

Et Mahel, merci de m'avoir prêté main forte avec tes connaissances en matière d'analyses statistiques, qui m'ont été d'une grande aide.

A ma famille et à ma belle-famille (maintenant officielle !)

Quoi de plus important ?

A Manon,

Pour tout ce que nous partageons, pour notre amitié à toute épreuve, bien qu'elle ne plaise pas toujours à tout le monde.

A Myriam,

Pour ton écoute, ta sensibilité et ton grain de folie ! Ton amitié m'est très précieuse.

A Gabriel,

La galères de la préparation de l'ECN et les sorties à la Belette pour décompresser nous ont définitivement rapprochés, peu importe la distance !

A Déborah,

Mon amie de toujours, depuis pas loin de 25 ans maintenant ! Notre amitié est unique et sera, je l'espère, perpétuelle.

A Nathalie, Judith, Amandine, Hubert, et à tous ceux qui je l'espère se reconnaîtront,

L'amitié est une des choses les plus précieuses, que j'espère réussir à préserver avec vous, quelques soient les aléas de la vie.

A mes co-internes,

Et en particulier Céline, Chloé, Camille et Marion, pour avoir partagé avec moi les bons moments de notre internat, mais aussi les difficultés.

A tous les internes de médecine générale de la promotion 2012 d'Ile de France,

Pour avoir permis à ce projet d'exister en prenant le temps de répondre au questionnaire.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	4
Liste des abréviations	9
INTRODUCTION	10
1 L'interne de médecine générale	10
2 La relation médecin-patient	15
3 Empathie	18
3.1 Naissance du concept	18
3.2 Evolution et complexification de la définition	19
3.2.1 Un manque de consensus	19
3.2.2 Carl Rogers : l'Approche Centrée sur la Personne	19
3.2.3 Les différentes composantes de l'empathie	21
3.2.3.1 Le modèle de Morse	21
3.2.3.2 L'empathie émotionnelle	22
3.2.3.3 L'empathie cognitive	23
3.2.3.4 L'empathie clinique	24
3.3 Des confusions possibles	25
3.3.1 Sympathie	26
3.3.2 Compassion	27
3.3.3 Contagion émotionnelle	27
3.4 Place de l'empathie dans la relation médecin-patient	28
3.4.1 Empathie et professionnalisme	28
3.4.2 Pathologie de la communication soignant-soigné	29
3.4.3 Conséquences de l'attitude empathique	30
3.4.4 Les opposants à la pratique de l'empathie	32
3.4.5 Technologie et empathie	33
3.5 Enseigner l'empathie	33
3.5.1 La théorie	34
3.5.2 En pratique	36
3.6 Mesurer l'empathie	37
3.6.1 Jefferson Scale of Physician Empathy	37
3.6.2 Interpersonal Reactivity Index	38
3.6.3 Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy	39
3.6.4 The Toronto Empathy Questionnaire (52)	39
3.6.5 Autres	40
3.7 Etat des lieux de l'empathie dans la population médicale	40

4	Burnout.....	43
4.1	Naissance du concept	43
4.2	Evolution de la définition	44
4.3	Le trépied du burnout	46
4.3.1	L'épuisement émotionnel	46
4.3.2	La dépersonnalisation/ déshumanisation de la relation	46
4.3.3	La baisse de l'accomplissement personnel	47
4.4	Les différents termes utilisés	47
4.4.1	Burnout.....	47
4.4.2	Le syndrome d'épuisement professionnel	48
4.4.3	Karoshi	48
4.5	Diagnostic de burnout : des confusions possibles (80).....	49
4.5.1	Le stress professionnel	49
4.5.2	La dépression.....	50
4.5.3	Les troubles de la personnalité	51
4.5.4	Les troubles anxieux.....	51
4.5.5	Les troubles de l'adaptation.....	51
4.5.6	Le boreout.....	51
4.6	Population concernée	52
4.7	Les facteurs de risques et facteurs protecteurs du burnout chez les soignants	52
4.7.1	Les facteurs de risque	53
4.7.1.1	Relatifs au travail.....	53
4.7.1.2	Relatifs à l'individu	53
4.7.2	Les facteurs protecteurs	55
4.7.3	Les facteurs controversés	55
4.8	Manifestations cliniques.....	56
4.8.1	Signes comportementaux.....	56
4.8.2	Signes somatiques	56
4.8.3	Signes émotionnels.....	56
4.8.4	Signes cognitifs	56
4.9	Conséquences du burnout chez les soignants	56
4.9.1	Conséquences personnelles	57
4.9.2	Conséquences professionnelles	57
4.9.3	Conséquences collectives	58
4.10	Prévention et prise en charge du burnout	59
		5
4.10.1	Prévention primaire	59
		5

4.10.1.1	Sur le plan personnel	59
4.10.1.2	Sur le plan de la profession.....	60
4.10.1.3	Sur le plan collectif.....	61
4.10.2	Préventions secondaire et tertiaire	61
4.11	Questionnaires d'évaluation du BO.....	62
4.11.1	Le Maslach Burnout Inventory (MBI).....	62
4.11.2	La Burnout Measure (BM)	64
4.11.3	Autres	64
4.12	Etat des lieux du burnout dans la population médicale	64
4.12.1	Chez les médecins	64
4.12.2	Chez les internes.....	65
5	Lien entre empathie et burnout	68
5.1	Le burnout inhibe l'empathie	68
5.2	L'empathie engendre le burnout.....	70
5.3	L'empathie protège du burnout	72
	OBJECTIFS	74
	MATERIEL ET METHODE	75
1	Contexte	75
2	Empathie III ou « InternLife »	75
3	Type d'étude.....	76
4	Population et critères de sélection.....	76
4.1	Recrutement.....	77
4.2	Accueil de l'étude.....	77
4.3	Critères d'inclusion	78
4.4	Critères d'exclusion.....	78
4.5	Début de l'analyse à T1.....	78
4.6	Participation.....	79
5	Le questionnaire	79
5.1	L'élaboration du questionnaire.....	79
5.2	Les différentes variables utilisées.....	80
6	Analyses statistiques	80
	RESULTATS	83
1	Caractéristiques de la population.....	83
1.1	Diagramme de flux	83
1.2	Données socio démographiques	84
1.3	Données professionnelles	84

2	Concernant le burnout	86
2.1	T1.....	86
2.2	T2.....	87
2.3	T3.....	88
2.4	T4.....	90
2.5	Evolution du burnout au cours de l'étude.....	91
3	Concernant l'empathie	94
4	Lien entre empathie et burnout	97
4.1	T1.....	97
4.2	T2.....	98
4.3	T3.....	99
4.4	T4.....	100
4.5	Corrélation entre empathie et burnout aux 4 temps.....	101
4.6	Analyse en sous-groupes	105
4.7	« Le modèle croisé-décalé »	108
	DISCUSSION	109
1	Concernant les résultats.....	109
1.1	Le burnout	109
1.2	L'empathie.....	110
1.3	Lien entre empathie et burnout.....	111
2	A propos de la méthodologie	113
2.1	Limites et biais de l'étude.....	113
2.1.1	Population.....	113
2.1.2	Biais de mesure.....	114
2.1.2.1	Auto-questionnaire	114
2.1.2.2	Mesure de l'empathie	115
2.1.2.3	Mesure du burnout.....	115
2.2	Points forts de l'étude.....	116
2.2.1	Etude longitudinale.....	116
2.2.2	Le protocole.....	116
3	Perspectives de l'étude	116
3.1	Perspectives cliniques.....	116
3.2	Perspectives de recherche.....	117
	CONCLUSION	119
	BIBLIOGRAPHIE	121
	Annexes.....	130
	RESUME EN FRANCAIS.....	148

RESUME EN ANGLAIS.....	148
------------------------	-----

Liste des abréviations

AAPML : Association d'Aide Professionnelles aux Médecins Libéraux
AP : Accomplissement Personnel
ARS : Agence Régionale de Santé
BDI : Bureau Des Internes
BO : Burnout
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CNOM : Conseil National de l'Ordre de Médecins
Comp E. : Compréhension Emotionnelle
Dep : Dépersonnalisation
DCEM : Deuxième Cycle d'Etudes Médicales (externat)
ECN : Examen Classant National
EE : Epuisement Emotionnel
IDF : Ile de France
IMG : Interne en Médecine Générale
JSPE :Jefferson Scale of Physician Empathie
MBI : Maslach Burnout Inventory
MG : Médecine Générale
NR : Non renseigné
NS : Non Significatif
NSP : Niveau socioprofessionnel
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales
PP : Prise de Perspective
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SmP : Se mettre à la place du Patient
T0 : Premier temps de l'étude (avant le début de l'internat, non utilisé dans ce travail)
T1, T2, T3 et T4 : Deuxième, troisième, quatrième et cinquième temps de l'étude (à 6 mois, 1an, 1 an ½ et 2ans du début de l'internat)
TCEM : Troisième Cycle d'Etudes Médicales (internat)
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Cette thèse va s'intéresser à l'évolution de l'empathie et du burnout au cours des deux premières années de médecine générale, ainsi qu'au lien existant entre ces deux concepts. Avant de rentrer dans le vif du sujet en explicitant les notions d'empathie et de burnout, il nous semble important de bien redéfinir le cadre dans lequel nous les étudions : l'internat de médecine générale. Nous allons donc dans un premier temps tenter de préciser la place et le rôle de l'interne de médecine générale au début de son internat.

1 L'interne de médecine générale

Vers 25 ans, certaines personnes sont déjà bien installées dans leur vie d'adulte, avec une situation professionnelle stable, voire déjà des enfants. Mais c'est rarement le cas du « néo interne » qui semble d'avantage ballotté entre deux âges. En effet, le début de l'internat signe une véritable transition dans la vie du jeune médecin. L'interne passe du statut d'étudiant, financièrement dépendant et vivant le plus souvent chez ses parents, à celui de travailleur actif ayant une rémunération fixe et donc une possibilité d'autonomie. Ce passage obligatoire vers la vie adulte entraîne des difficultés auxquelles tout jeune sera un jour confronté d'une manière ou d'une autre. Néanmoins la transition est ici très rapide, et ne s'opère pas toujours en douceur, ce qui peut d'autant plus être une véritable source de stress pour l'interne. Philippe Jeammet estime d'ailleurs que les internes sont en situation de quête, et qu'en prolongeant ainsi leurs études ils prolongent leur adolescence (1). Cette transition serait donc particulièrement à haut risque, les internes étant en plein processus identitaire à cette période de leur vie.

Par ailleurs il semble que la transition entre l'aboutissement de l'externat après six années d'études et la première année de l'internat soit particulièrement à risque. En effet certaines études, comme celle de Jason M. Satterfield en 2010 (2), retrouvent une augmentation des facteurs de stress lors de la première année, suivie d'une diminution progressive sur la fin de l'internat. La brutalité de cette transition entraînerait donc une forte augmentation du stress, suivie d'une adaptation de l'interne, afin de diminuer son stress au cours de l'internat (meilleure connaissance de la prise en charge réelle des patients et de leur entourage, accumulation d'expérience permettant de mieux appréhender les situations difficiles etc.)

L'internat représente un changement majeur dans le cursus des études médicales. Après six années d'études principalement théoriques au cours de l'externat, l'accès à l'internat est

subordonné par le passage particulièrement stressant du concours de l'ECN. L'obtention d'un classement à la suite de ce concours permettra au futur interne de choisir la spécialité et la ville dans laquelle il effectuera son internat.

L'internat de médecine générale dure trois ans et représente une période de vie difficile tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (charge de travail quantitative et qualitative, adaptation à un nouveau poste tous les six mois, polyvalence des lieux de stages, responsabilités majeures etc.). Il se déroule en six stages de six mois chacun, essentiellement à l'hôpital malgré les efforts croissants pour ouvrir plus de lieux de stage de médecine ambulatoire. Quatre types de stages sont imposés (stage ambulatoire de niveau 1, urgences, pôle mère-enfant (pédiatrie ou gynécologie) et médecine adulte polyvalente) et deux sont dits « libres » et peuvent être choisis parmi la listes des stages agréés (soit en médecine générale ambulatoire, il s'agit du SASPAS, malheureusement non accessible à tous actuellement, soit en structure médicale agréée, le plus souvent en service hospitalier). L'interne doit réaliser 11 demi-journées par semaine, dont théoriquement deux sont consacrées à la formation personnelle (ce qui en pratique n'est quasiment jamais respecté faute d'effectifs suffisants...).

Au fur et à mesure des six premières années de médecine, l'étudiant fait connaissance avec le milieu médical à travers des stages (quasiment exclusivement hospitaliers) en demi-journées, dans divers services. Cependant cette vision du soin est loin d'être exhaustive, l'externe n'étant souvent pas complètement intégré dans l'équipe soignante, ne prenant pas en charge ses patients du début à la fin (pour une première raison simple qu'il n'est là que le matin) et n'étant que rarement confronté aux difficultés périphériques (situations conflictuelles, gestion de la famille etc.) qui sont le plus souvent abordées dans l'après-midi, une fois que la visite et les problèmes plus « techniques » liés aux pathologies rencontrées ont été pris en charge.

Au cours de ces six premières années d'études l'étudiant peut donc idéaliser ce que sera sa vie d'interne, qui se doit d'être plus prometteuse tant en termes de rémunération que d'intérêt dans son travail ou encore de reconnaissance du travail effectué. Mais la réalité de l'internat est souvent très éloignée de ce qui avait pu être fantasmé par l'étudiant. Si l'interne est bien formé à la prise en charge théorique d'un grand nombre de pathologies, il n'est que très peu préparé à ce qui l'attend sur un plan humain et relationnel. Les situations conflictuelles, la mort, le manque de temps, de moyens, de reconnaissance, la surcharge de patients, le nombre de demandes, sont autant de situations auxquelles l'interne va devoir se former « sur le tas » et qui sont source de stress, pouvant même conduire jusqu'à l'épuisement émotionnel et au burnout.

Mais c'est justement pour cette raison que l'interniste est défini par le code de Santé Publique comme un « praticien en formation », statut oscillant entre l'étudiant avec très peu de responsabilité qu'il était et le médecin seul responsable de ses actes. L'internat est donc une période ambiguë qui fait partie à la fois du cursus des études médicales avec des obligations universitaires et de l'entrée dans la vie professionnelle du futur médecin, avec l'apprentissage pratique d'une autonomie nécessaire mais difficile. Tout au long de cette période l'interniste sera sous la responsabilité d'un senior à qui il doit pouvoir référer à tout moment. Mais dans la pratique, l'interniste est bien souvent en première ligne dans la prise en charge des patients et face à l'équipe soignante, ce qui renforce l'ambiguïté du rôle de l'interniste et engendre un stress évident.

La désillusion engendrée par la confrontation parfois violente entre idéalisme et réalité ne peut qu'aggraver les difficultés déjà rencontrées au début de l'internat. En effet, les étudiants en médecine attendent souvent beaucoup de leur internat, mais sans même parler de formation, ils ne sont que peu informés sur les difficultés du quotidien, et le début de leur internat est donc teinté de désillusion et d'épuisement. Il faut également noter que l'illusion débute avant même les études de médecine : on entend souvent dire des choses comme « si tu as ton concours de première année c'est dans la poche, tu seras médecin ! » ce qui souligne l'absence totale d'information sur la réalité du quotidien qui attend les étudiants en médecine, et qui ne fait que creuser le fossé entre illusion et réalité, rendant la chute d'autant plus dure. Les internes, souvent exploités et poussés à bout par un système de santé en sous-effectifs qui ne peut fonctionner sans leur présence, sont nombreux à être touchés par le burnout (3).

Le burnout est un syndrome atteignant les professionnels de la relation d'aide, et médecins ou internes n'y font pas exception, bien au contraire. Le sujet du burnout des médecins, et par extension des internes, a longtemps été tabou avec cette idée prédominante qu'ils sont des soignants, et non des soignés. Médecins et internes n'auraient donc pas d'autres choix que d'être en bonne santé, et de se réfugier derrière cette image « d'invincibilité » qu'on leur attribue. Heureusement, depuis plusieurs années maintenant, de nombreuses études se sont intéressées à l'état de santé psychologique des soignants, et font état de prévalences de burnout semblant presque irréalistes tant elles sont élevées. Nous y reviendrons plus en détail dans ce travail de thèse, notamment dans le chapitre concernant l'état des lieux du burnout chez les médecins généralistes et les internes. Malgré le fait que de nombreuses études scientifiques, et même la presse, tentent de tirer la sonnette d'alarme face à l'ampleur et à la gravité du burnout, nous ignorons ce qu'il en est des connaissances des soignants à ce sujet, et de la compréhension de

la population. Les médecins, et par extension les internes, sont les premiers à refuser de se soigner, à minimiser leurs difficultés physiques ou psychologiques. Quant aux patients, qui voudrait se faire soigner par un médecin lui-même malade, particulièrement s'il s'agit d'un syndrome d'épuisement professionnel ? Rares sont les patients qui comprennent que leur médecin soit arrêté ou qu'il ne puisse répondre à leurs demandes dans la journée. Le médecin doit répondre présent à la détresse des gens quoiqu'il arrive, il est admis que son bien-être ne peut pas passer avant celui de ses patients. Le bien-être du médecin fait pourtant partie intégrante de ce qui lui permet de répondre efficacement aux sollicitations de ses patients. Actuellement le burnout des médecins est encore un sujet tabou dans notre société, malgré les nombreuses connaissances à ce sujet.

De ce fait, l'objectif doit être avant tout de mieux comprendre les mécanismes du burnout, afin de pouvoir diminuer l'ampleur de ce phénomène. Parmi les facteurs du burnout, il semble aujourd'hui incontestable que la relation médecin-patient y prend une place importante et c'est ce qui va nous intéresser ici.

L'immense progression de la médecine dans les domaines technique et scientifique semble parfois reléguer la relation médecin-patient au second plan. Or, les patients semblent se trouver particulièrement dans l'attente d'une communication de qualité avec leur médecin généraliste (4). Depuis quelques années la recherche semble se « ré intéresser » à la qualité de la relation entre soignants et soignés, comme si cette technicisation croissante de la médecine avait besoin d'être compensée par un regain d'humanité (5). C'est d'ailleurs dans cette démarche, visant une relation médecin-patient de qualité, que de nombreux auteurs s'intéressent aujourd'hui à l'empathie.

L'empathie, difficile à décrire de façon consensuelle, est pourtant aujourd'hui reconnue comme une compétence indispensable du médecin et est au service de la qualité de la relation médecin-patient (6). Ne serait-elle pas l'outil permettant de trouver la distance optimale avec son patient, suffisamment près pour pouvoir communiquer avec lui et répondre à ses attentes, suffisamment loin pour ne pas se laisser submerger émotionnellement ?

Cette conjoncture nous amène non seulement à vouloir étudier l'évolution du burnout et de l'empathie chez les IMG, mais également à vouloir approfondir les connaissances sur le lien existant entre les deux. Des études récentes commencent à s'intéresser au sujet depuis le début des années 2000, et il est aujourd'hui démontré qu'il existe une corrélation entre empathie et

burnout. La question qui reste en suspens, faute d'étude longitudinale, est le sens de ce lien et en particulier le véritable impact de l'empathie sur le burnout ou du burnout sur l'empathie.

Le début de l'internat est donc une période particulièrement difficile dans la vie du jeune interne. Il va devoir trouver un nouvel équilibre entre l'application de ses connaissances théoriques et sa relation avec les patients, afin d'être le meilleur médecin possible sans risquer de s'épuiser.

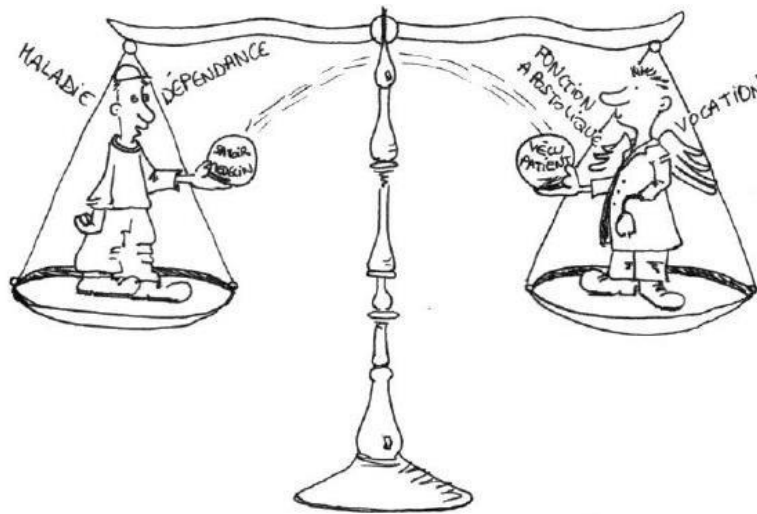
2 La relation médecin-patient

Avant toute chose il semble nécessaire de concrétiser le cadre : le but ici n'est pas de décrire de façon exhaustive ce qu'est la relation médecin-patient, mais d'en définir certaines grandes lignes qui seront utiles à la compréhension du reste de notre travail.

La relation médecin-patient est en effet une situation complexe aux composantes multiples, techniques, psychologiques et affectives ; elle est la base de la communication avec le patient. Or dans tout acte médical la communication interactive avec le patient est fondamentale.

Dans la relation médecin-patient, un ensemble d'ajustements est nécessaire pour que les deux personnes puissent communiquer. Le modèle de la médecine dite « paternaliste », positionnant le médecin comme « tout puissant » et seul décisionnaire des soins, laisse peu de place au dialogue entre le patient et le médecin, mais tend heureusement à disparaître. Il apparaît de façon évidente que le médecin et le patient n'auront pas pour autant un rôle équivalent dans la relation. En effet, la rencontre se fait généralement à l'initiative du patient (sauf accident, urgence...) qui vient au cabinet du médecin avec une demande particulière plus ou moins explicite, et ce sera au médecin d'essayer d'abord de la comprendre puis d'y répondre, avec ses connaissances techniques mais pas seulement. Comme le souligne Frédéric Le Houezec, psychanalyste et pédopsychiatre, il existe donc forcément une inégalité dans la rencontre du patient avec son médecin, du simple fait que le médecin doit posséder le savoir (7). Cependant l'objectif n'est pas ici que les rôles soient similaires, mais il est de réussir à créer malgré cette asymétrie une relation « équilibrée » par l'écoute et l'examen du médecin, qui transmet ensuite de façon adaptée les informations à son patient, afin qu'ils puissent définir ensemble le projet thérapeutique le plus adapté au patient. L'objectif est de réussir à créer et maintenir un climat favorable à l'alliance thérapeutique, qui se définit comme un mouvement émotionnel influencé par les objectifs, les tâches à effectuer et le lien entre les deux protagonistes (8), ce qui permettra à chacun d'en retirer un bénéfice. Cette recherche d'équilibre dans la relation a été bien schématisée par Elsa Marin dans sa thèse (9) :

Figure n°1 : Une relation équitale qui repose sur le partage des informations



La relation de soins est donc un processus où patient et médecin sont engagés ensemble dans une coévolution. Cependant, et comme nous l'avons vu précédemment, ils ne tiennent pas les mêmes rôles dans cette relation. Comme l'explique bien Marco Vannotti (10), il est de la responsabilité du médecin, à chaque consultation, d'articuler les aspects techniques de la médecine et la gestion de la relation dans le but d'établir puis de renforcer l'alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique est donc un processus interactionnel entre le médecin et son patient, nécessitant deux éléments essentiels et peu dissociables : le lien relationnel (facteur affectif) et l'alliance/collaboration entre les deux partis (facteur cognitif et motivationnel) (11).

Il existerait quatre traits caractéristiques d'une bonne alliance thérapeutique d'après Gaston 1990 (11) :

- Relation affective du patient à son thérapeute
- Capacité du patient à poursuivre un objectif thérapeutique
- Compréhension empathique et implication du thérapeute
- Accord patient-thérapeute sur les objectifs et tâches de la thérapie

Si sur le papier les choses peuvent paraître simples, il n'en est pas de même dans la pratique. Il existe souvent malheureusement des litiges voire des conflits entre soignants et soignés qui résultent trop fréquemment d'un déficit de communication. Pour pallier à cela, travailler sur ses capacités empathiques semble être une des pistes reconnue et recommandée par une majorité des professionnels.

Une relation médecin-patient de confiance, équilibrée, est importante quelle que soit la spécialité, mais tout particulièrement en médecine générale. En effet, la médecine générale est une médecine de premier recours où les patients arrivent directement, parfois avec de lourdes angoisses qui peuvent révéler bien d'autres choses qu'un simple problème médical, que seule une écoute empathique attentive permettra d'identifier.

De ce fait le médecin généraliste, encore plus que n'importe quel autre médecin, doit être à l'écoute de ses patients. Il doit savoir se montrer empathique et prendre le temps nécessaire, car une bonne relation médecin-patient est au cœur même d'une bonne prise en charge.

Tachons maintenant de mieux comprendre ce concept qu'est l'empathie.

3 Empathie

Le concept d'empathie, bien qu'il puisse paraître évident pour la plupart des personnes dans une première approche, est en réalité une entité floue, mouvante, sur laquelle même les experts peinent à se mettre d'accord. Il semble que plus on cherche à comprendre ce qu'est l'empathie, plus la définir et la conceptualiser de façon précise et unique s'avère difficile. L'objet de cette partie n'est donc pas d'essayer de donner une définition consensuelle de l'empathie, mais d'en présenter une vision d'ensemble malgré sa complexité.

3.1 Naissance du concept

Si le concept d'empathie est difficile à dater avec précision, il est nommé pour la première fois en 1873 par le philosophe allemand Robert Vischer qui utilise le terme « *Einfühlung* » (12) qui signifie littéralement « ressenti de l'intérieur ». Il utilise alors ce terme pour désigner l'empathie esthétique, définissant un sentiment accompagnant la perception visuelle d'une œuvre inanimée, permettant d'accéder à son sens. En citant son propre père, Vischer évoquait les « formes représentatives dénuées de vie propre [...] auxquelles nous, les spectateurs, attribuons cependant un contenu plein de sentiment en vertu d'un acte involontaire de transfert de notre propre émotion » (13).

C'est au début du XXe siècle, avec le philosophe Théodor Lipps, qu'apparaît la dimension affective et liée à l'autre. Il élabore sa « théorie de l'imitation » (14) et définit alors l'« *Einfühlung* » comme un mécanisme d'imitation inconscient et automatique, une « imitation intérieure » d'autrui, qui impliquerait qu'observer l'expression corporelle d'un individu en lien avec son état émotionnel, déclencherait spontanément le même état émotionnel chez l'observateur, en réactivant en lui le souvenir d'une émotion analogue. Lipps met en avant l'existence d'une relation entre émotion et expression : toute expression peut symboliser une émotion, et c'est par l'empathie que l'on peut accéder à cette symbolisation.

Puis c'est le Britannique Edward Titchener qui fait officiellement entrer le terme empathie en psychologie, en traduisant le terme « *Einfühlung* » par « *empathy* » en 1909. Il désigne alors par ce terme un « amalgame d'imageries visuelles et kinesthésiques par lequel certaines expériences perceptives sont rendues possibles » (15).

3.2 Evolution et complexification de la définition

3.2.1 Un manque de consensus

Le terme empathie, pourtant absent des dictionnaires français jusqu'à récemment, est devenu un terme populaire au cours du XXI^e siècle, mais pas toujours utilisé à bon escient. Et pour cause, si la définition de l'empathie peut paraître simple au premier abord, sa définition plus précise s'avère très complexe.

En effet, depuis la création du concept d'empathie, de très nombreuses personnes se sont intéressées à sa définition, sans parvenir à obtenir une définition consensuelle. Cela provient peut être en partie du fait que l'empathie est un terme commun à différents langages (celui de la psychologie clinique, de la psychanalyse, des neurosciences...).

Il existe donc différents modèles pour expliquer le concept d'empathie, comme le souligne le Professeur en psychiatrie Nicolas Georgieff : « le terme d'empathie désigne sans doute un même objet, une même réalité, mais chaque usage, en clinique et en neurosciences, en dégage des propriétés ou des caractéristiques différentes » (16).

3.2.2 Carl Rogers : l'Approche Centrée sur la Personne

Le psychologue américain Carl Rogers (1902-1987) est considéré comme l'un des chefs de file de la psychologie humaniste. Pour valider ses théories sur un plan scientifique, il est le premier psychothérapeute à utiliser des enregistrements de séances de psychothérapie à des fins de recherche. Il développe ainsi tout au long de sa pratique ce qu'il appellera lui-même « l'Approche Centrée sur la Personne » (17). Il résume ainsi l'hypothèse principale de son approche : « *L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources.* »

Pour Rogers, trois conditions sont requises pour que puisse se développer un climat favorable avec une écoute active qu'il définit ainsi :

- Authenticité, réel, congruence : le thérapeute devient transparent pour son patient, il reste lui-même, sans façade, il n'oppose aucune réserve, ne simule en aucun cas.

- Acceptation, attention, estime : le thérapeute ne juge pas son patient, il reçoit simplement ses émotions telles quelles sont, il pose sur lui un « regard positif inconditionnel ».
- Compréhension empathique : le thérapeute comprend les sentiments de son patient, et il les lui communique.

Pour Rogers cette écoute active assortie d'une véritable empathie est l'une des plus puissantes forces pour faire évoluer un patient, c'est pour lui la qualité première d'un thérapeute.

Sa définition de l'empathie est l'une des plus communément admise : « L'état d'empathie, ou la qualité d'être empathique consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même mais sans jamais perdre de vue le "comme si". Donc, cela signifie saisir la douleur ou le plaisir de l'autre comme l'autre les ressent et en percevoir les causes comme lui les perçoit, mais sans jamais perdre de vue que c'est comme si j'étais affligé ou réjoui etc. Si l'on perd la qualité de ce "comme si", l'état est celui d'identification ». Ou résumé de façon plus simple : être empathique, c'est « entrer dans le monde personnel et intérieur de l'autre tel qu'il le perçoit, et s'y trouver comme chez soi » (18). Pour parvenir à entrer en contact avec l'autre d'une telle manière, il est indispensable d'être conscient que nos propres valeurs ne sont pas une référence objective et risquent donc de fausser notre compréhension des ressentis d'autrui. Il faut donc parvenir à les laisser de côté, afin de pouvoir découvrir sans préjugés l'univers de l'autre. L'empathie est donc fondée sur la capacité à reconnaître qu'autrui nous est semblable, avec le discernement suffisant pour éviter la confusion entre autrui et soi-même.

Il ressort deux dimensions de l'empathie dans la définition de Rogers : une dimension cognitive, l'autre affective. A travers cette dichotomie Rogers souligne différentes dimensions de l'empathie (19). Nous allons expliciter à présent les principales dimensions décrites, bien qu'elles ne soient pas toutes reconnues par la majorité des auteurs.

3.2.3 Les différentes composantes de l'empathie

3.2.3.1 Le modèle de Morse

Suite à une revue de la littérature (20), Janice M. Morse décrit quatre composantes principales de l'empathie retrouvées dans les études : morale, émotionnelle/affective, cognitive et comportementale, résumées dans le tableau suivant (9) :

Tableau n°1 : les quatre composantes de l'empathie d'après le modèle de Morse

Composante	Définitions	Bases/phénomènes
Empathie morale/motivation à l'empathie	élan spontané « souci empathique » pour autrui Réceptivité, disponibilité, attention pour autrui	Universalité des besoins humains et élan d'aider chacun à satisfaire ses besoins élémentaires
Empathie affective	Expérimentation subjective du ressenti d'autrui Hypothèse : Potentiel naturel qui se développe Résonance empathique	Contagion émotionnelle Elément automatique « déclencheur » du choix ensuite conscient de s'engager à « être en empathie »
Empathie cognitive	Adopter la perspective d'autrui pour analyser et comprendre son expérience	Imagination, simulation distanciation/attribution des émotions à autrui
Empathie comportementale	Rendre compte au patient de la préoccupation et de la compréhension empathique	<u>Verbale</u> : perception, vérification, validation : support pour que le patient face son chemin de reconnaissance et de compréhension de son expérience <u>Non-verbale</u> : attitude d'écoute active, réaction corporelle en miroir, congruence

Les deux composantes les plus souvent admises par les auteurs pour décrire l'empathie sont l'empathie émotionnelle/affective et l'empathie cognitive que nous allons tenter de

comprendre. En fonction des auteurs, différentes théories ont été développées : celle considérant principalement le côté cognitif et celle considérant que l'empathie clinique relève de l'interaction complémentaire de ces deux composantes affective et cognitive.

3.2.3.2 *L'empathie émotionnelle*

L'empathie émotionnelle ou empathie affective, basée sur la résonance émotionnelle, peut être définie comme la réponse émotionnelle d'un individu en réponse à l'observation des émotions d'un autre (21). Il s'agirait donc ici d'un mécanisme intuitif voire automatique, n'utilisant pas de phénomène de compréhension consciente. Il est impératif pour cela d'avoir conscience que ce phénomène de résonance est un indicateur de l'état émotionnel d'autrui qui doit être distingué de nos propres émotions.

La visualisation d'une émotion chez autrui déclenche donc chez la personne qui l'observe une émotion similaire déjà ressentie par l'individu lors de situations comparables antérieures. C'est ce qu'on peut appeler « l'échoïsation du corps » favorisée par le vécu d'expériences similaires, et qui peut donc conduire à une des limites de l'empathie. Notre capacité empathique serait donc en partie déterminée par nos expériences personnelles. La réponse affective suite à l'observation d'une émotion chez autrui se fait de façon inconsciente en déclenchant une émotion similaire. On peut donc reconnaître ce qu'autrui ressent en faisant le lien avec une expérience antérieure vécue. Le fait d'observer chez autrui une situation qui nous est totalement inconnue, que l'on ne peut rapprocher d'aucune situation connue, affecterait donc notre capacité à avoir une réponse empathique émotionnelle adéquate. Peut-on être empathique face à une émotion qu'on ne connaît pas ?

Certains auteurs comme de Vignemont considèrent que l'empathie émotionnelle nécessite trois conditions (22) :

- La similarité d'expérience : mon état émotionnel « *e* est isomorphe à l'état émotionnel d'autrui *E* sur certains aspects pertinents ».
- Le lien de causalité : « Si ce que je ressens n'était pas induit par ce que vous ressentez, alors il se pourrait que nous partagions le même sentiment par pure coïncidence. L'empathie implique un lien causal entre l'émotion d'autrui et sa propre émotion ». L'émotion est donc ici directement induite par ce que l'autre ressent.

- L'attribution : « Je sais que vous êtes dans l'état *E* en raison de ma propre expérience de *e* ». L'émotion ressentie est alors directement attribuée à autrui, et n'est pas faite sienne par opposition à la contagion émotionnelle (définie dans la partie *Des confusions possibles*, p. 25).

Cette dimension peut en partie être expliquée grâce aux progrès de la neuroscience avec la mise en évidence des « neurones miroirs ». En effet, les nouvelles techniques d'imagerie ont permis de montrer que le fait de vivre une situation ou d'observer autrui vivant cette même situation active les mêmes zones neuronales (23). Il existe tout de même une différence importante et nécessaire qui permet de ne pas se laisser submerger par ce que ressent autrui : lorsqu'on observe une tierce personne en train de vivre une situation, seule une partie des zones neuronales concernée est activée : c'est une réaction atténuée, qui permet donc une première régulation inconsciente de l'émotion.

3.2.3.3 *L'empathie cognitive*

Elle peut être définie comme la capacité à comprendre les expériences et sentiments intérieurs d'autrui. C'est la capacité de voir le monde extérieur de la perspective de l'autre (24). L'empathie cognitive permet d'obtenir une représentation du fonctionnement psychique d'autrui. Cette composante est quasiment toujours présente, et admise par la quasi-totalité des auteurs.

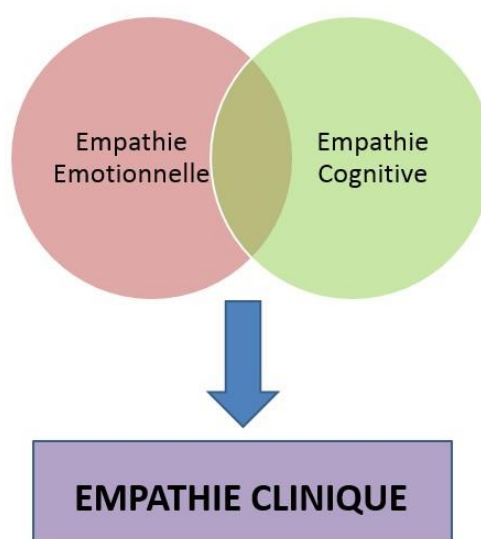
Une des théories développées définit l'empathie comme le moyen de comprendre l'état émotionnel d'autrui, sans avoir à l'expérimenter soi-même. Hogan définit alors l'empathie comme « the intellectual or imaginative apprehension of another's condition or state of mind without actually experiencing that person's feelings » (25). La dimension émotionnelle de l'empathie est alors exclue de cette définition, et seule intervient la cognition. C'est également le cas de Mohamadreza Hojat, qui considère la composante émotionnelle plus comme de la sympathie que comme de l'empathie (26). Elle précise d'ailleurs que « ces deux concepts impliquent un partage, mais les médecins en empathie partagent leur compréhension, alors que les médecins en sympathie partagent leurs émotions avec leurs patients » ce qui ne semble alors pas en accord avec une prise en charge thérapeutique adaptée, et peut même de ce point de vue se révéler délétère. Nous y reviendrons plus en détail lorsque nous parlerons de la place de l'empathie dans la relation thérapeutique.

Jodi Halpern dénonce cette tendance assez spécifique de la médecine qui limiterait l'empathie à une cognition dénuée d'affect (27). Un grand nombre de recherches met d'ailleurs en évidence l'interdépendance entre cognition et émotion, ce que Damasio résume de la façon suivante : « la faculté de raisonnement n'est pas aussi pure que la plupart d'entre nous le croit ou le voudrait ; les émotions ne sont pas du tout les éléments perturbateurs pénétrant de façon inopportune dans la tour d'ivoire de la raison : autrement dit, il est probable que la capacité d'exprimer et ressentir des émotions fasse partie des rouages de la raison pour le pire et pour le meilleur » (28). Nos émotions et nos raisonnements ne peuvent donc pas être totalement séparés, car ils s'influencent mutuellement en permanence. En fonction des situations, nous essayons de faire parler davantage notre cognition, ou au contraire nos émotions, pour parvenir à un équilibre que l'on espère adapté à la situation. Cet équilibre entre émotion et cognition va aboutir à ce qu'on appelle l'empathie clinique.

3.2.3.4 L'empathie clinique

Une majorité des auteurs s'entend sur le fait que l'empathie nécessite en réalité l'interaction des dimensions cognitive et émotionnelle, qui forment alors ce qu'on appelle l'empathie clinique. Comme le dit Damasio : « Il n'y a pas de cognition sans émotion, ni d'émotion sans cognition » (10).

Figure n°2 : l'empathie clinique, superposition de l'empathie émotionnelle et cognitive



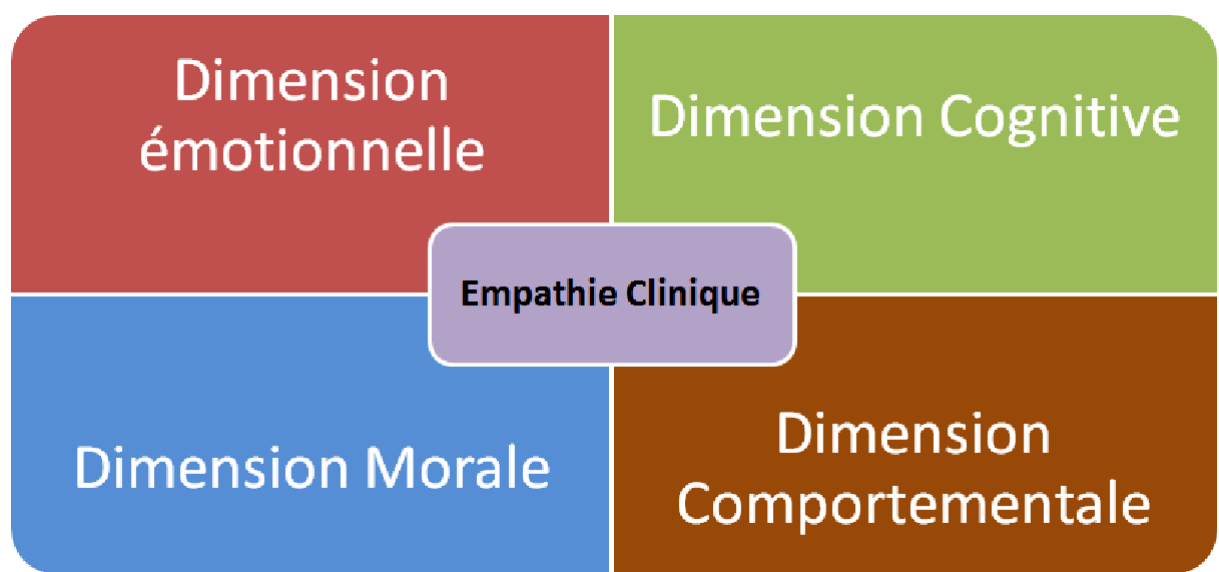
D'autres auteurs ne se satisfont pas de cette définition et estiment, comme Janice M. Morse, que deux autres dimensions sont nécessaires pour définir l'empathie clinique : la dimension

morale et la dimension comportementale. Sur ce modèle, une des définitions communément admise en médecine est celle de Mercer et Reynolds qui définissent l'empathie clinique comme « un concept complexe, multidimensionnel ayant des composantes morale, cognitive, émotionnelle et comportementale.

L'empathie clinique implique des capacités à :

- comprendre la situation, le point de vue et les sentiments du patient (et ce qu'ils signifient) ;
- à communiquer cette compréhension et vérifier son exactitude ;
- à utiliser cette compréhension pour agir avec le patient dans un but d'aide thérapeutique ».

Figure n°3 : l'empathie clinique, superposition des quatre composantes de l'empathie selon Morse



3.3 Des confusions possibles

Pour bien comprendre ce qu'est l'empathie, il faut parfois la définir par opposition à ce qu'elle n'est pas.

« L'empathie n'est (...) ni la compassion, ni la sympathie, mais bien le concept introduit pour rendre compte de la connaissance d'autrui dans le cadre d'une psychologie explicative ou « naturaliste » » (16).

3.3.1 Sympathie

La sympathie est l'un des termes entraînant le plus souvent une confusion avec la définition de l'empathie. Certains auteurs, comme nous l'avons vu en amont, considèrent d'ailleurs la dimension émotionnelle de l'empathie plus comme de la sympathie que comme une dimension propre de l'empathie. Il nous semble cependant que, bien qu'elle soit parfois subtile, la différence doit être faite.

Etymologiquement le terme sympathie provient du grec « syn » signifiant « avec » et « pathos » signifiant « souffrir » et peut donc être traduit par « souffrir avec ».

Comme le résume très bien Elsa Marin dans sa thèse (9) « dans la sympathie, la participation au vécu d'autrui est spontanée et affective, ce n'est pas ressentir l'émotion DE l'autre mais ressentir une émotion POUR l'autre. » La sympathie relève donc plus d'une identification émotionnelle alors que l'empathie permet la compréhension de la situation émotionnelle d'autrui.

Il devient donc évident avec cette définition que l'on peut être empathique sans ressentir de sympathie pour autrui et inversement (19), bien que cette distinction ne soit pas forcément toujours évidente en pratique.

Une des pistes pour expliquer cette difficulté à distinguer empathie et sympathie serait que les qualités pour exprimer l'une et l'autre se rejoignent: patience, capacité d'affiliation, humanisme, chaleur, compréhension et ouverture d'esprit qui sont en fait des qualités humaines non spécifiques (15).

Par ailleurs, des expériences répertoriées par Alain Berthoz et Gérard Jorland (19) confirment une hypothèse selon laquelle la sympathie suscite une motivation égoïste (aide d'autrui uniquement lorsque se dérober est difficile) alors que l'empathie induit une motivation altruiste (aide d'autrui quelle que soit la situation).

3.3.2 Compassion

Le terme compassion vient du latin « compassio » de « cum » signifiant « avec » et « pati » signifiant « souffrir ». Etymologiquement ce terme est donc équivalent à la sympathie décrite plus haut. Mais dans notre société, le terme compassion fait d'avantage appel au sentiment provoqué par la visualisation de la souffrance d'autrui, contrairement à la sympathie qui peut être déclenchée quelle que soit l'émotion chez l'autre.

Pour Louis Velluet « compassion et empathie sont deux termes très souvent associés dans les écrits ou dans les discours alors qu'ils désignent des états psychiques très différents. (...) souffrir avec quelqu'un n'a jamais soulagé personne. Se laisser bouleverser par le spectacle de la souffrance de l'autre ne devrait pas être confondu avec cette capacité extraordinaire du cerveau humain qui nous permet, à l'aide de nos neurones-miroirs, d'entrer en résonance avec le sujet qui est en face de nous et d'éprouver ce qu'il ressent pour mieux le comprendre » (29).

3.3.3 Contagion émotionnelle

La contagion émotionnelle ou contagion affective est le transfert des émotions d'une personne émettrice vers une personne réceptrice.

D'après Jean Decety (2004) il s'agit d'une « tendance spontanée, involontaire et non consciente que nous avons de mimer et de synchroniser nos mimiques faciales, mais aussi postures, vocalisation et maniérismes comportementaux- avec celles d'autres personnes au cours de nos interactions. »

La contagion émotionnelle est parfois décrite comme une sorte de « pré-empathie » mais ne doit pas être confondue avec elle. Il s'agit d'un mécanisme automatique déjà présent chez le nourrisson, mais les processus d'inhibition lui permettant de faire la distinction avec autrui ne sont pas encore mis en place (30). Or si l'on considère que la contagion émotionnelle est la dimension automatique qui rend possible l'empathie, les fonctions d'inhibition ou de régulation sont alors indispensables.

D'après David Favre (2005) : « on peut ainsi se représenter l'empathie comme un « partage » plus ou moins intense mais toujours « mesuré » de l'émotion de l'autre. Si la « mesure » n'est plus là, on peut considérer que l'on est dans le registre de la contagion émotionnelle » (31).

3.4 Place de l'empathie dans la relation médecin-patient

Maintenant que nous avons tenté de mieux cerner ce vaste concept qu'est l'empathie, il est important d'essayer de comprendre qu'elle est sa place au sein de la relation médecin-patient en médecine générale.

3.4.1 Empathie et professionnalisme

L'empathie est aujourd'hui reconnue comme faisant partie intégrante du professionnalisme du médecin.

Le cursus universitaire l'a bien compris et tente de pallier à cette carence dans l'enseignement en introduisant un item spécifique concernant la relation médecin-malade dont l'un des objectifs est de réussir à *établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs*. L'empathie est donc officiellement au programme de l'Examen National Classant. Et bien que cet enseignement soit encore beaucoup trop restreint et peu adapté à la pratique (9), il tend à se développer, ce qui nous semble largement nécessaire.

La conférence de consensus de Toronto en 1991 (32), concernant la communication médecin-patient, s'ouvrait sur ce constat : « Effective communication between doctor and patient is a central clinical function that cannot be delegated ». Si l'empathie n'y est pas mentionnée de manière directe, plusieurs points importants pour une relation médecin-patient de qualité y sont décrits : comme permettre au patient d'exprimer son motif de consultation sans être interrompu, favoriser l'écoute active, clarifier la nature et la gravité du problème et en discuter avec le patient même lorsque sa résolution est impossible ou hors du ressort du médecin etc.

La conférence de consensus de Kalamazoo en 1999 (6), concernant les éléments essentiels de la communication lors des consultations médicales, a permis de réaliser un modèle commun regroupant les principales caractéristiques d'une relation médecin-patient efficace. Il y est recommandé de se comporter de manière empathique envers le patient.

La Commission XV (Ethique et Responsabilité Professionnelle, 2006) de l'Académie Nationale de Médecine (5) recommande d'adopter une attitude empathique dans la relation médecin-patient :

« De tous les modèles (paternaliste, autonomiste, scientiste, légaliste, contractuel) de relation médecin-malade qui ont été proposés, le modèle empathique est sans doute celui qui permet le mieux de situer les interlocuteurs, proches sans familiarité, respectueux l'un de l'autre sans condescendance ni apitoiement ».

D'après la revue de la littérature réalisée par Elsa Marin dans sa thèse (9) aucun article ne remettait en cause le fait que l'empathie soit une dimension de la relation médecin-patient. L'empathie y était décrite comme « vitale », « essentielle » ou encore comme « clé » de la relation médecin-malade.

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, la relation médecin-patient reste quelque chose de délicat, pas toujours évident à mettre en pratique, en particulier par manque de communication. C'est d'ailleurs pour cela que de nombreux professionnels se penchent sur la question.

3.4.2 Pathologie de la communication soignant-soigné

Le rapport de l'Académie Nationale de Médecine adopté le 20 juin 2006 (5) est contraint de constater que *d'une façon générale et sauf exception la communication des malades ou de leurs familles avec le personnel soignant se fait mal, que ce soit lors de la prise de rendez-vous, à l'accueil, en salle d'attente, en consultation ou en milieu hospitalier.*

Ce même rapport a tenté de lister de façon non exhaustive les causes de ce déficit de communication, afin de pouvoir travailler dessus lorsque c'est possible :

- L'asymétrie de la relation.
- Le manque d'écoute, qui prive le médecin d'informations essentielles concernant les symptômes mais aussi le ressenti du patient concernant sa pathologie.
- Le manque de parole qui laisse le malade avec ses interrogations, ses peurs, ses doutes.
- Le manque de temps, dû à l'hyper technicité chronophage entraînant une déshumanisation de la médecine, à l'inadéquation des effectifs médicaux, aux tâches administratives de plus en plus lourdes etc.
- L'influence des médias, notamment avec internet qui présente d'innombrables informations difficiles à trier.

Ces causes varient évidemment en fonction de chaque malade (âge, personnalité, type de pathologie, statut social etc.) des différentes disciplines et des différents modes d'exercice de la médecine (libérale, hospitalière, générale, spécialisée, scolaire, carcérale...).

Nous l'avons vu, l'empathie est reconnue comme faisant partie intégrante du professionnalisme médical. Il est donc important pour chaque médecin d'en prendre conscience et de travailler sur ses capacités de communication et d'empathie.

3.4.3 Conséquences de l'attitude empathique

Nous le savons, l'utilisation de l'empathie dans la relation soignant-soigné est une chose très importante voire nécessaire, et communément admise par la communauté médicale. Mais quels bénéfices peuvent alors être attendus dans ce contexte ? C'est ce que nous essayons de décrire ici, de façon non exhaustive.

En consultation le patient arrive le plus souvent avec une plainte concrète et précise qui légitime le recours médical. Souvent cette plainte n'est en fait qu'un prétexte : la vraie interrogation ou angoisse du patient est ailleurs, et pour diverses raisons (honte, peur de se sentir stupide ou jugé, angoisse etc.) le patient n'ose pas directement en parler. Certains patients quittent le cabinet sans avoir mentionné ce qui les préoccupe, d'autres l'expriment en toute fin de consultation, juste au moment de partir. C'est ce qui est appelé dans le langage courant le syndrome du « pas de porte ». La plainte est alors exposée, mais le temps imparti à la consultation est fini. Pour éviter de se retrouver dans ce type de situation, le médecin doit faire appel à ses capacités d'écoute empathique. En laissant s'exprimer le patient à travers cette écoute active il pourra bien souvent faire ressortir ce motif de consultation dit « caché ». Cela permet de comprendre la raison profonde qui fait consulter le patient et donc de ne pas passer à côté de l'essentiel. Cependant, et bien que ces motifs cachés soient reconnus comme souvent primordiaux dans la consultation, plusieurs études ont mis en évidence le fait que le temps imparti au patient pour l'exposition du motif de consultation était extrêmement restreint : le temps moyen d'expression spontanée du patient au début de la consultation en soin primaire avant d'être interrompu par le médecin était toujours inférieur à 30 secondes (33), ce qui laisse à réfléchir. Il est donc urgent de développer cette écoute empathique, de laisser parler nos patients, ce qui nous en dira bien plus sur eux et leurs pathologies, qu'un entretien directif basé sur nos impressions de priorités.

L'attitude empathique du praticien va permettre de dissoudre l'aliénation, au moins temporairement. Elle va permettre de diminuer le sentiment d'isolement du patient, qui va se sentir compris et donc relié à son médecin. Il en ressortira un sentiment de réassurance : « s'il sait de quoi je parle, ce que je veux dire, alors à ce moment je ne suis pas tellement étrange, ou étranger, ou un être à part » (18).

Ainsi, le patient qui se sent alors compris et estimé par le médecin en face de lui, en l'absence total de jugement, peut regagner confiance en lui et l'estime de lui-même. Le patient ainsi « regonflé » sera alors plus à même de s'occuper de lui, de prendre de bonnes décisions le concernant, il sera dans un état d'esprit plus positif, lui donnant la motivation d'aller de l'avant.

L'empathie du médecin envers son patient va également améliorer la satisfaction des deux protagonistes.

La démarche empathique va permettre de travailler sur les émotions, ce qui est l'une des tâches les plus complexes de la consultation médicale (10). Comme nous l'avons vu au préalable, les émotions du patient vont provoquer chez le médecin une résonnance émotionnelle régulée, que ce dernier pourra ensuite analyser et interpréter (composante cognitive) en fonction de sa propre expérience, puis renvoyer au patient pour l'aider à avancer dans sa démarche. Pour aider le médecin dans sa démarche, Robert Smith et Ruth Hoppe (Université de Michigan) ont schématisé ce processus en six étapes (10) :

- reconnaître les moments d'émotion,
- demander au patient ce qui se passe,
- nommer l'émotion,
- la légitimer,
- respecter les efforts du patient pour faire face,
- lui offrir aide et soutien pour le futur.

Par ailleurs, Carl Rogers souligne qu'une faible empathie génère une légère aggravation de la pathologie et de l'inadaptation. Il résume ainsi, en s'appuyant sur de nombreuses études, qu'il existe un rapport certain entre l'empathie et un résultat positif (18). C'est donc la relation médecin-patient qui par sa nature même devient thérapeutique. C'est Balint par la suite qui place la relation médecin-patient comme outil thérapeutique en tant que tel et qu'il nomme « le remède médecin » (34).

Nous venons de voir tout ce que l'empathie peut apporter à la relation médecin-patient, et il nous semble ici qu'elle y trouve sa place de façon incontestable. Il existe cependant certains auteurs qui vont à l'encontre de cette idée, et qui remettent en cause le bien-fondé de la pratique empathique.

3.4.4 Les opposants à la pratique de l'empathie

Certains auteurs en effet décrivent l'empathie comme étant une pratique à risque. Après ce que nous avons détaillé auparavant cela peut paraître surprenant, essayons de comprendre.

Dans son article au titre très équivoque « The dangerous practice of empathy » (35) Jane Macnaughton (2009) tente d'expliquer la nécessité de laisser l'empathie en dehors de toute relation médecin-malade. Elle y souligne le manque d'objectivité que peut engendrer l'empathie et donc le risque de développer une réponse erronée, fondée sur une mauvaise interprétation du praticien.

Richard Landau (2001) met également en garde contre la pratique de l'empathie qu'il va jusqu'à estimer « dangereuse ». D'après lui, le médecin empathique pourrait devenir si émotionnellement impliqué avec ses patients qu'il pourrait en découler une hésitation verbale et un langage corporel en contradiction avec ce qu'il dit (36).

Ces deux auteurs semblent craindre que l'empathie puisse engendrer une implication émotionnelle telle de la part du médecin que ce dernier s'en trouverait dépassé, voir submergé. Il faudrait donc que le médecin se garde de toute émotion, et reste « affectivement indifférent » au vécu de son patient pour ne pas se laisser toucher par sa situation. Mais il ne faut pas oublier que l'indifférence constitue en elle-même une variante émotionnelle puissante, mais vécue en négatif (10).

Nous ne pouvons cependant pas nier que le fait de se laisser dépasser est un risque inhérent à toute relation d'aide. Mais dans ce cas où l'implication est telle que les ressources du praticien risquent de s'en trouver dépassées, la démarche empathique telle que nous avons essayé de la décrire n'est-elle pas elle aussi dépassée ? Le médecin ne maîtrise plus le cadre de la relation avec son patient, il se laisse émotionnellement déborder, et la relation devient pathologique. Le médecin risque alors de s'épuiser, parfois jusqu'au burnout, dont nous parlerons plus tard.

3.4.5 Technologie et empathie

En somme deux conceptions s'opposent dans la définition du rôle que doit tenir le médecin dans la relation avec son patient (10) :

- celle du médecin efficace, imperturbable, qui a une vision objective du patient et de sa maladie, et qui peut ainsi prendre des décisions d'expert et gagner en efficacité ; défendue par ceux qui estiment que les médecins empathiques risquent d'être trop impliqués sur le plan émotionnel pour garder l'objectivité nécessaire à certaines décisions.
- celle du médecin empathique et humain qui s'intéresse non seulement à la maladie de chaque patient, mais également à la manière dont il la vit, à sa situation personnelle, sociale, à son histoire ; soutenue par les partisans d'une médecine plus « humaniste » qui estiment que sans empathie le médecin ne peut connaître son patient, et ne pourra donc pas prendre les décisions adaptées le concernant.

Marco Vannotti récapitule un paradigme proposé pour la pratique médicale : « Il n'y a en effet pas lieu de mettre en conflit progrès scientifique et technologie, d'une part, empathie et humanisme, d'autre part » (10). Avec l'emprise technologique croissante, les communications interpersonnelles sont à considérer toujours plus « comme un paramètre essentiel de la fonction de soins (...) dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre ».

L'empathie fait donc partie intégrante du professionnalisme du médecin, et tient une place importante au sein de la relation médecin-patient. Et cela soulève une question importante : peut-on se former à l'empathie ?

3.5 Enseigner l'empathie

Lorsque se pose le problème de la formation à l'empathie, la première question est le caractère inné ou acquis de l'empathie. D'après ce que nous avons déjà vu concernant l'empathie, il ne semble pas y avoir de réponse tranchée sur ce sujet. Cette réponse nuancée est bien illustrée par les connaissances neurophysiologiques et en particulier des neurones miroirs (23). Comme nous l'avons vu, observer une émotion chez autrui entraîne une activation de la même zone neuronale chez l'observateur, mais atténuée, ce qui sous-entend l'existence d'une régulation de l'émotion.

L'empathie ne se résume donc pas à sa part innée et physiologique, mais présente des facteurs modulables, qui ouvrent donc les portes à une formation à l'empathie.

3.5.1 La théorie

La nécessité d'une formation spécifique à la relation médecin-malade, et donc à l'empathie, est aujourd'hui reconnue dans le cursus des études médicales. En effet, dans le module 1 (Apprentissage de l'exercice médical) le premier item concerne la relation médecin-malade et souligne la nécessité « d'établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs ». Malheureusement aucune solution pratique concernant les moyens ou les outils d'évaluation de cet enseignement n'est précisée. Or comme nous le verrons ultérieurement (dans le paragraphe 2.7 : Etat des lieux de l'empathie dans la population médicale) des études ont démontré une baisse de l'empathie au cours du cursus médical, ce qui semble souligner une inadéquation entre les enseignements proposés par les facultés, le plus souvent théoriques (9), et la réalité de la pratique, mais également la difficulté à se former à l'empathie qui reste un concept subjectif et difficile à définir de façon consensuelle.

Carl Rogers souligne que plus le thérapeute est expérimenté plus il est susceptible d'être empathique (18), ce qui va dans le sens d'un possible apprentissage de l'empathie, à l'image des autres gestes techniques.

Face à cette difficulté, certaines études se sont penchées sur le sujet afin de mieux évaluer les possibilités de formation à l'empathie, et leur impact.

En 2006, Kathy Stepien et Amy Baernstein réalisent une revue de littérature concernant l'enseignement de l'empathie (37). Elles énumèrent treize ayant pour objectif d'accroître l'empathie. L'ampleur de l'effet de la formation était calculée sur une mesure de l'empathie pour chaque étude. Avec 12 études sur 13 rapportant une amélioration significative de l'empathie en post-intervention, cette revue suggère que des formations ciblées peuvent être bénéfiques pour améliorer l'empathie chez les étudiants en médecine, malgré l'existence de nombreux biais, d'effectifs limités ou d'échelles pas toujours spécifiques.

En 2008, Kathleen Bonvicini et son équipe publient une étude démontrant l'intérêt d'une formation aux techniques concernant l'expression empathique des médecins (analyse du rythme et du ton de la voix, reformulation, mise en situation complexe, positionnement du corps,

contact visuel etc.) (38). Ils montrent que, six mois après la formation, l'expression empathique des médecins en ayant bénéficié est significativement plus élevée que dans le groupe contrôle ($p < 0,01$). L'évaluation de la réponse empathique a été faite avec une échelle peu reconnue (l'Empathic Communication Coding System) remplie suite à l'écoute d'enregistrements audio de consultation avant et après la formation.

En 2008, Fernandez Olano et son équipe publient une étude démontrant l'intérêt d'une formation aux techniques de communication concernant les scores d'empathie mesurés par la JSPE (39). Ils montrent ainsi qu'après 25 heures de formation aux techniques de communication les scores d'empathie mesurés par la JSPE sont significativement plus élevés chez les internes ($n = 46$) et les étudiants en médecine de deuxième année ($n = 82$). Cette étude a cependant un intérêt limité du fait de son manque de fiabilité (Grade C).

En 2009, Michael Krasner et son équipe publient une étude longitudinale visant à évaluer l'effet d'un programme éducatif basé sur l'attention, la communication, et la conscience de soi sur le bien être des médecins généralistes, le stress, le burnout et les capacités relationnelles avec les patients (40). Leur programme consiste d'abord en huit weekends de formation (à la méditation, à des exercices de self contrôle, échange d'expériences cliniques etc.) puis en une phase dite de maintien comprenant un weekend par mois pendant dix mois. Parmi les nombreux points évalués (que nous ne détaillerons pas ici) ils ont mesuré l'empathie avant et après cette formation à l'aide de la JSPE. Ils retrouvent une augmentation significative du score global (de 116.6 à 121.2; soit une majoration de 4.6; IC95% : 2.2 - 7.0) ainsi que des trois dimensions évaluées séparément.

Dans sa thèse Céline Buffel du Vaure ne retrouve pas d'association entre empathie et formation, en dehors d'un lien significatif entre la dimension « prise de perspective » de l'empathie et le fait de suivre ou d'avoir suivi une psychothérapie (41).

Dans un groupe Balint, un membre raconte une situation qui lui a posé problème sur le plan relationnel, puis le reste du groupe intervient, sous la direction de l'animateur (généralement psychanalyste) afin de l'aider à analyser les implications émotionnelles et à trouver les ressources nécessaires pour améliorer la situation. Le groupe Balint est reconnu comme méthode de formation à la relation médecin-patient, mais son incidence sur l'empathie n'est pas connue. En 2010 une étude quantitative ne retrouve pas de modification des scores d'empathie (mesurés par l'IRI) après intervention d'un groupe Balint chez les étudiants en DCEM2 de l'Université Paris Descartes (42). Une autre étude évaluant l'effet d'un groupe

Balint sur 12 mois ne retrouve pas d'évolution des scores d'empathie mesurée par la JSPE chez des internes (43).

En 2013 une étude menée par Blanco retrouve des résultats similaires : elle ne retrouve pas d'augmentation significative des scores de JSPE après une formation à la relation médecin-patient (44).

3.5.2 En pratique

S'il est aujourd'hui évident que l'empathie doit faire partie intégrante des qualités du médecin, il n'existe aucun consensus sur comment l'enseigner au cours des études médicales. L'enseignement de l'empathie en France est extrêmement hétérogène d'une faculté à l'autre en termes de quantité d'heures consacrées et des méthodes utilisées. Le seul point sur lequel tout le monde s'accorde est la nécessité d'encourager la formation des étudiants afin qu'ils développent leur capacité empathique tout au long de leur cursus médical.

Il semble évident que l'empathie peut évoluer à travers la pratique au cours des différents stages réalisés, via les situations rencontrées avec les patients et leurs familles, mais aussi beaucoup en fonction des médecins formateurs rencontrés qui peuvent guider l'interne et l'aider à développer son empathie. Mais cette influence des médecins formateurs rencontrés peut malheureusement également aller dans le sens inverse de celui espéré, ce qui crée une inégalité de chance entre les internes en fonctions des personnes croisées lors de leur cursus. D'autres moyens de former les internes à l'empathie sont donc nécessaires.

Les cours en amphithéâtres restent la méthode la plus utilisée pour dispenser l'enseignement de l'empathie maintenant obligatoire pendant les études médicales. Mais ces cours restent malheureusement purement théoriques, et rarement obligatoires. On peut donc penser que seuls les internes déjà intéressés par l'empathie sont donc susceptibles de pouvoir développer leur capacité empathique à travers ces cours.

Certaines facultés mettent en place d'autres moyens d'enseigner l'empathie aux étudiants en médecine, comme les jeux de rôle, permettant de mettre l'étudiant face à diverses situations afin de l'aider à travailler sur sa capacité à réagir de manière empathique, quelle que soit la situation rencontrée. Les groupes Balint se développent également de plus en plus, pour aider les étudiants à remettre en question leurs réactions face à des situations qui les ont mis en

difficulté, en leur offrant d'autres alternatives de réponses pour mieux faire face aux situations ultérieures.

Malgré les efforts faits par certaines facultés pour le développer, l'enseignement de l'empathie reste insuffisant aujourd'hui en France. L'inadaptation de cette formation est illustrée par une enquête réalisée auprès d'internes de médecine générale dont 72 % déclarent que l'enseignement délivré n'était pas adapté à leurs besoins, et 76,5% déclarent avoir rencontré des difficultés relationnelles lors de leur pratique (45).

Il existe donc de nombreuses propositions concernant l'enseignement de l'empathie, mais nous avons peu de preuve de leur efficacité. Quand un certain nombre d'études montrent une diminution de l'empathie au cours de l'internat, ces études sont d'autant plus à mettre en avant pour favoriser l'enseignement de l'empathie au cours des études médicales et pendant l'internat. Il faudrait maintenant des études de plus grande ampleur pour évaluer précisément l'impact des enseignements sur le développement de l'empathie, afin de pouvoir développer un enseignement efficace dès le début des études de médecine. Il s'agit en effet d'une question vaste et complexe sur laquelle s'est penchée Elsa Marin pour son travail de thèse (9).

3.6 Mesurer l'empathie

L'empathie est un concept subjectif complexe, dont la définition est controversée et mouvante. De nombreux auteurs ont tenté de mettre en place des outils de mesure précis. Mais leurs constructions ont été difficiles et leurs validités restent encore controversées : comment mesurer quelque chose avec précision si la définition même fait débat ? C'est une vaste question et l'objectif ici n'est pas d'y répondre de façon exhaustive.

Il existe malgré tout plusieurs échelles permettant de mesurer certains aspects de l'empathie, présentant des avantages et des limites, que nous allons détailler.

3.6.1 Jefferson Scale of Physician Empathy

La JSPE est une échelle anglo-saxonne construite en 2002 par Hojat (46) destinée à la mesure de l'empathie clinique chez les soignants. La version française de la JSPE a été validée récemment (47) (41).

Elle est composée de 20 items remplis selon une échelle de Lickert allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 7 (Tout à fait d'accord). L'analyse factorielle des résultats obtenus a permis de faire ressortir trois facteurs :

- « Perspective taking » (items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20) : ou prise de perspective, adopter le point de vue du patient, importance de le comprendre.
- « Compassionate care » (items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19): ou compréhension émotionnelle, comprendre le vécu émotionnel du patient, pour prodiguer des « soins compatissants »
- « Ability to stand in the patient shoes » (items 3, 6): capacité à se mettre à la place du patient.

Cette échelle de mesure a été utilisée à de très nombreuses reprises, et de nombreuses études ont démontré sa validité (48).

3.6.2 Interpersonal Reactivity Index

L'IRI est une échelle de mesure développée par Davis en 1980 (49). Elle favorise une approche multidimensionnelle, en utilisant comme postulat que l'empathie est composée de plusieurs dimensions distinctes mais reliées entre elles.

Elle est composée de 28 items remplis selon une échelle de Lickert allant de 1 (Me décrit très mal) à 5 (Me décrit très bien). L'analyse factorielle des résultats obtenus a permis de faire ressortir quatre facteurs :

- « Perspective taking » ou « prise de perspective » : tendance à adopter spontanément le point de vue d'autrui ; dimension cognitive.
- « Empathic concern » ou « souci empathique » : tendance à ressentir des sentiments comme la compassion pour des personnes vivant une expérience négative ; dimension émotionnelle
- « Personal distress » ou « détresse personnelle » : tendance à ressentir un sentiment d'inconfort voire de détresse face à la détresse d'autrui (tensions interpersonnelles).
- « Fantasy » ou « fantaisie » : tendance à se transposer aux émotions et ressentis de personnages de fiction, capacité d'imagination.

La version française de l'IRI, dont les qualités psychométriques ont été examinées, ne comporte cependant que 21 items, les auteurs ayant choisi d'exclure le facteur « fantasy » consacré à la capacité d'imagination (50).

3.6.3 Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy

Le QCAE est une échelle développée dans le but de mesurer les dimensions cognitive et émotionnelle de l'empathie (51).

Il est constitué de 31 items, sélectionnés à l'aide d'échelles de mesure de l'empathie déjà existantes (EQ, HES, IVE, IRI), remplis selon une échelle de Lickert allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 4 (Tout à fait d'accord). L'analyse factorielle des résultats obtenus a permis de faire ressortir cinq facteurs pouvant être apparentés à la dimension cognitive (les deux premiers ci-dessous) ou à la dimension émotionnelle (les trois derniers ci-dessous) :

- « Perspective taking » ou « prise de perspective » (items 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27) : évalue la capacité à adopter spontanément le point de vue d'autrui par la compréhension de son état affectif.
- « Online simulation » ou « simulation en direct » (items 1, 3, 4, 5, 6, 18, 28, 30, 31) : évalue la capacité à imaginer ce qu'autrui doit ressentir pour réussir à se mettre à sa place.
- « Emotion contagion » ou « contagion émotionnelle » (items 8, 9, 13, 14) : évalue le transfert des émotions d'autrui vers l'observateur et sa capacité à les refléter.
- « Proximal responsivity » ou « réceptivité proximale » : évalue la capacité à réagir sur le plan émotionnel dans un environnement social proche
- « Peripheral responsivity » ou « réceptivité périphérique » : évalue la même capacité que pour le facteur « proximal responsivity » mais dans un contexte qui ne nous touche pas directement (par exemple lorsqu'on regarde un film)

3.6.4 The Toronto Empathy Questionnaire (52)

La TEQ est une échelle de validation récente développée par Spreng en 2009, permettant une mesure de l'empathie, principalement dans sa dimension émotionnelle.

Elle est constituée de 16 items, remplis selon une échelle de Lickert allant de 1 (Jamais) à 4 (Toujours). D'après les auteurs la TEQ ne comporterait qu'un seul facteur : « emotional process

or an accurate affective insight into the feeling state of another » ou « processus émotionnel ou aperçu affectif précis sur l'état émotionnel d'autrui ». Mais dans la mesure où les auteurs eux même disent que les items de la TEQ permettent d'évaluer entre autre la contagion émotionnelle, la compréhension émotionnelle, l'éveil sympathique physiologique et l'altruisme, il semble évident que la TEQ s'intéresse à l'empathie émotionnelle mais fait également appel à sa dimension cognitive dans l'analyse et la compréhension des émotions.

Cette échelle est validée et ses résultats sont corrélés positivement à des mesures de comportement social et à d'autres échelles d'empathie comme l'IRI, et négativement à une mesure du score de l'autisme.

3.6.5 Autres

Il existe bien d'autres échelles de mesure de l'empathie, comme par exemple l'échelle de Quotient Empathique développée par Baron Cohen en 2004 (53) pour évaluer le fonctionnement social des personnes atteinte d'autisme, puis traduite et validée en français et remplie selon une échelle de Lickert (de Tout à fait d'accord à Pas du tout d'accord), mais aussi le Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE) ou encore l'Empathy Scale de Hogan conçues pour la mesure de l'empathie dans la population générale, et qui sont moins utilisées que les échelles citées en amont.

L'empathie étant une notion subjective, l'ensemble de ces échelles offre de façon logique des mesures exclusivement subjectives. Ceci est inhabituel dans le monde scientifique dans lequel nous évoluons, où l'habitude est de mesurer des choses objectivables et donc plus fiables. De ce fait se pose la question de la légitimité de ces échelles de mesure : peut-on mesurer ce qui est subjectif ?

3.7 Etat des lieux de l'empathie dans la population médicale.

En décrivant les échelles de mesure de l'empathie nous avons constaté qu'il s'agit d'échelles de mesures dimensionnelles ne permettant pas à l'heure actuelle de donner des fourchettes où

l'on pourrait décrire l'empathie d'un individu comme « basse, modérée ou élevée » par exemple. Il est donc mal aisé ici de faire à proprement parlé un « état des lieux » de l'empathie chez les médecins ou les internes. Mais nous allons recenser ici quelques études (de façon non exhaustive) pour tenter de synthétiser l'état des connaissances actuelles concernant l'empathie chez les internes et chez les médecins.

En 2002, Mangione et son équipe publient une étude sur l'empathie des internes à l'aide de la JSPE (54). Dans un premier temps ils ont comparé de façon transversale trois promotions d'internes : 40 en première année, 27 en deuxième année et 31 en troisième année, soit 98 internes représentant 84% de l'ensemble des trois promotions. Ils ne retrouvent pas de différence significative des score de JSPE entre les différentes années (117,5 en première année ; 114 en deuxième année et 113,5 en troisième année - $p = 0,31$).

Ils ont également fait un suivi des internes de première année, en leur faisant repasser la JSPE un an après le début de leur internat, leur permettant ainsi d'effectuer un « test-retest ». Ils retrouvent une baisse non significative de trois points sur l'échelle de la JSPE au bout d'un an. Le coefficient de corrélation obtenu par le test-retest est de 0,72 ce qui leur permet de conclure à une relative stabilité de l'empathie mesurée par la JSPE au cours de la première année d'internat.

En 2002, Lisa Bellini publie une étude longitudinale sur l'empathie des internes en médecine interne mesurée à l'aide de l'IRI, au début de leur internat à T0 (60 internes, soit 98% de réponses) et à un an d'intervalle T1 (48 internes, soit 79% de réponses) (55). A T0 ils retrouvent chez les internes des scores significativement plus élevés dans les dimensions « prise de perspective » et « souci empathique » et un niveau de « détresse personnelle » plus bas en comparaison avec des scores moyens évalués en population générale de même âge ($p < 0,01$). Au bout d'un an (T1) ils retrouvent une baisse significative de la dimension « souci empathique » ($p = 0,05$) et une augmentation de la « détresse personnelle » ($p < 0,01$) chez les internes.

Deux ans plus tard une deuxième étude est venue prolonger la première pour évaluer l'évolution de l'empathie tout au long de l'internat, en suivant donc la même population (56). La dimension « souci empathique » reste significativement diminuée par rapport à T0, alors que la dimension « détresse personnelle » après avoir diminuée de façon significative à T1 revient aux valeurs initiales. Comme à T1, les résultats concernant la dimension « prise de perspective » restent non significatifs.

En 2007, Colin West publie une étude longitudinale sur une cohorte d'internes de la première à la deuxième année (75 réponses aux deux temps sur 95 internes) (57). Il montre une diminution significative de la dimension « souci empathique » (perte de 1,6 points en moyenne, $p = 0,003$).

En 2011, Franck Zenasni et son équipe valident la version française de la JSPE et évaluent de façon transversale l'empathie de 308 médecins généralistes français (47). Ils retrouvent un score total de 116,6 (Perspective taking : 53,1 ; compassionate care : 47,7 standing in the patient shoes : 10,8).

En 2013, Kathy {Citation}Yang montre une différence significative entre les scores d'empathie (mesurés par la JSPE) des internes (106) et des étudiants (111) ($p = 0,0358$) soulevant la question d'une baisse de l'empathie au cours des études médicales et de l'internat (58).

Comme nous venons de le voir l'empathie est un concept extrêmement complexe, appartenant à différents domaines comme la psychologie clinique ou les neurosciences, dont on ne peut donner aujourd'hui une définition consensuelle. Ce terme est pourtant devenu très populaire et très largement utilisé au XXIe siècle, mais pas toujours à bon escient. Il s'agit d'une entité subjective, mouvante, sur laquelle même les experts peinent à se mettre d'accord. L'empathie se compose de deux composantes communément admises : l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive que nous avons détaillées plus haut. Certains auteurs défendent cependant le fait que l'empathie émotionnelle, davantage assimilable à de la sympathie qu'à de l'empathie, n'aurait pas sa place en clinique, et vont même jusqu'à dire que cette composante pourrait être délétère voire dangereuse pour le médecin. L'empathie émotionnelle représenterait-elle alors le risque de se laisse submerger par ses émotions ? Et de ce fait, en se laissant dépasser par la situation en étant « trop empathique », le risque serait-il de s'épuiser, voire de glisser insidieusement vers le burnout ? La relation médecin-patient, dont l'empathie est un des piliers, peut être une réelle source de satisfaction professionnelle pour le médecin, mais peut également, lorsqu'elle devient pathologique, devenir source d'angoisse voire d'épuisement pouvant mener jusqu'au burnout. Toute la difficulté réside dans l'équilibre de la relation, qui doit donc être maintenu, car comment un médecin insatisfait voire épuisé pourrait-il rester correctement à l'écoute de ses patients ?

Nous allons maintenant nous intéresser plus précisément à cette notion de burnout.

4 Burnout

4.1 Naissance du concept

La première trace du terme burnout apparaît en 1969 dans un article de Howard Bradley « Community- based treatment for young adult offenders » publié dans *Crime and Delinquency*, où l’auteur le définit comme un stress particulier lié au travail (59).

L’utilisation du terme burnout en tant qu’entité clinique propre fait son apparition dans la littérature en 1974 grâce au célèbre psychiatre-psychanalyste allemand Herbert Freudenberger (60). Travaillant auprès de toxicomanes dans des « Free- clinics » il utilise ce terme pour la première fois pour décrire l’état de santé psychologique des volontaires travaillant avec lui. Après une longue période d’observation, il constate que les volontaires de ces « Free-clinics » - et lui-même- présentent un manque croissant de motivation et d’engagement, se plaignent de divers problèmes somatiques, deviennent irritables et présentent une grande difficulté à faire face à de nouvelles situations. D’après lui, ces symptômes seraient liés à la relation particulièrement difficile des soignants avec des patients extrêmement précaires. Il nomme ce phénomène « burnout » et l’explique ainsi : « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victime d’incendie tout comme les immeubles : sous l’effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes viennent à se consumer comme sous l’action des flammes, ne laissant qu’un vide immense à l’intérieur, même si l’enveloppe externe reste plus ou moins intacte » (61).

Bien que le terme burnout n’apparaisse donc qu’en 1974, l’existence de ce phénomène est décrite bien avant. En 1768 le Dr Tissot met en garde contre les dangers de l’acharnement au travail sur la santé (62). En 1840 Louis René Villermé publie le « Tableau de l’Etat Physique et Moral des Ouvriers, employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie » (63).

Les descriptions de ce phénomène restent somme toute assez isolées jusqu’au vingtième siècle où l’intérêt pour la santé au travail commence à se généraliser. C’est ainsi que de nombreux auteurs commencent à écrire sur le sujet, comme Robert Desoille en décrivant le « surmenage intellectuel », René Bize et Pierre Goguelin en explicitant le « surmenage des dirigeants » ou encore Bégoïn en parlant du « syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse » (64).

En 1959, le psychiatre Claude Veil développe, d'après ses consultations de psychiatrie du travail, le concept d'épuisement professionnel (65).

Dès les années 70, peu après l'introduction du terme burnout, le Professeur en Psychologie Sociale Christina Maslach et son équipe développent le concept. Elle en permet une meilleure évaluation en 1981 alors qu'il n'existe pas moins de quarante-huit définitions du burnout (listées par Baron Perlman et Alan Hartman en 1982 (66)), en élaborant une échelle de mesure du burnout : la MBI (Maslach Burnout Inventory) (67) que nous étudierons plus tard.

4.2 Evolution de la définition

Comme cité précédemment, il existe un grand nombre de définitions du burnout, reflétant la complexité de cette notion. En voici quelques-unes des plus importantes :

- Initialement pour Christina Maslach le burnout correspond à une « incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail » et à « un épuisement émotionnel dans lequel le travailleur perd ses sentiments de positivité, sa sympathie ou son respect envers la clientèle. Cet épuisement moral s'accompagne souvent d'un épuisement physique, de maladies et de troubles évoluant vers un mode psychosomatique » (68)(69).
- D'après Cary Cherniss « Le burnout est un processus provoqué par un niveau élevé et prolongé de tension professionnelle. Ce stress met à rude épreuve le travailleur (tension, irritabilité et fatigue). Le processus est complet quand les travailleurs se défendent du stress professionnel par le détachement progressif de leur travail et deviennent apathiques, cyniques et rigides » (70). Il le définit également comme « une réaction à un stress au travail entraînant une diminution de la motivation et de l'efficacité des personnes » (71).
- Edelwich et Brodsky caractérisent le burnout comme « une perte progressive d'idéalisme, d'énergie et d'intentions chez des personnes aux professions d'aide, du fait des conditions de leur travail » (70).
- Pour Herbert Freudenberger et Géraldine Richelson il s'agit de « l'épuisement des ressources internes de l'individu et de la baisse de son énergie, de sa vitalité et de sa

capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort pour atteindre un but irréalisable et ce en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide » (72).

- Après avoir réalisé une grande revue de la littérature concernant le burnout et ses multiples définitions en 1982, Baron Perlman et Alan Hartman propose une définition « englobant trois composantes : l'épuisement émotionnel et/ou physique, la baisse de la productivité au travail et la dépersonnalisation » (66).
- Ayala Pines et Elliott Aronson décrivent le burnout comme « un état de fatigue physique, émotionnelle et mentale causé par l'implication au long cours dans des situations très exigeantes émotionnellement » (73).
- Un comité médical dirigé par Gilles Bibeau en 1989 (74) a établi un diagnostic différentiel en se basant sur les indicateurs subjectifs et objectifs du burnout :
 - Indicateur subjectif : présence d'un état de fatigue sévère avec
 - perte de confiance en soi, sentiment d'incompétence et aversion profonde pour son travail ;
 - somatisations multiples (maaises corporels, lassitude, insomnie, troubles digestifs ou autres) mais sans maladie organique identifiée;
 - difficultés de concentration, troubles de jugement et de vigilance, irritabilité et négativisme.
 - Indicateur objectif : moindre performance au travail, sur une période de plusieurs mois, observable auprès :
 - des clients, qui doivent subir des services de qualité moindre;
 - des superviseurs et employeurs, qui observent une baisse du rendement, des retards, des absences ;
 - des collègues, qui constatent une perte d'intérêt chez la personne atteinte (75).
- Pierre Canouï et Aline Mauranges affirment quant à eux que « l'hypothèse la plus intéressante est de considérer le syndrome d'épuisement professionnel comme un des

aspects de la pathologie de la relation d'aide. Quand la relation d'aide 'tombe malade' la symptomatologie devient celle d'un burnout » (76).

Cette liste de définitions du burnout souligne bien la complexité de cette notion. Si la majorité des auteurs s'entend sur les grandes lignes de cette définition que l'on pourrait résumer comme un épuisement lié au travail, chacun tente d'apporter des précisions non consensuelles pour affiner cette définition. Et c'est effectivement lorsqu'on essaie de cerner plus précisément ce qu'est le burnout qu'apparaît cette complexité.

Malgré cette multitude de définitions, celle la plus consensuelle et donc la plus utilisée reste celle de Christina Maslach et Susan Jackson qui définissent le burnout comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui survient chez les individus impliqués professionnellement dans la relation d'aide aux personnes ». Ils décrivent ainsi le burnout comme un syndrome tridimensionnel que nous allons détailler ici (77).

4.3 Le trépied du burnout

4.3.1 L'épuisement émotionnel

Il s'agit d'un état de fatigue autant physique qu'émotionnel, d'où résulte un sentiment d'être complètement « vidé ». Cet état n'est que peu, voire pas amélioré par le repos. L'individu présente alors des difficultés croissantes à entrer en relation avec les émotions d'autrui. Comme le souligne le Dr Baumann, « c'est l'impression de froideur, d'hyper contrôle, bien sûr de façade, qui frappe au premier abord à ce stade » (78). Mais on peut également observer des réactions impulsives inhabituelles chez l'individu, comme des crises de colère ou de larmes.

4.3.2 La dépersonnalisation/ déshumanisation de la relation

La dépersonnalisation ou déshumanisation de la relation découle de la première dimension (épuisement émotionnel) par la mise à distance de ses émotions par l'individu. C'est alors « l'impression de détachement, de cynisme, voire de mépris qui frappe ici » (78). Cette stratégie de mise à distance du patient, développée en général de façon inconsciente, permet au soignant

d'essayer de faire face à l'épuisement émotionnel. La diminution des ressources internes ne permet alors plus de répondre correctement aux attentes des patients, ce qui est généralement vécu comme un échec.

4.3.3 La baisse de l'accomplissement personnel

Le sentiment de ne pas réussir à répondre aux attentes des patients génère alors un sentiment d'échec et donc de frustration au travail. Cela conduit à une dévalorisation personnelle, une démotivation et une culpabilité croissantes. Le sentiment de ne plus être à la hauteur de sa profession survient alors avec diverses réactions possibles : absentéisme, désinvestissement, erreurs professionnelles, ou au contraire une hyper présence au travail pour tenter de combler ces lacunes, qui s'avèrera totalement inefficace et entretiendra d'autant plus cette démotivation générale.

4.4 Les différents termes utilisés

Différents termes ont été utilisés pour traduire le mot burnout en d'autres langues. Deux en particulier ont retenu notre attention : le syndrome d'épuisement professionnel qui se veut la traduction exacte en français du burnout, et le terme japonais Karoshi, par son côté très extrême.

4.4.1 Burnout

Le terme anglo-saxon utilisé tel quel dans la plupart des langues, provient initialement du vocabulaire aérospatial et représente « la situation d'une fusée qui, par épuisement de son carburant, risque de provoquer l'échauffement brutal, voire l'explosion puis la destruction de l'appareil... » (78). La traduction littérale du verbe to burn out signifie s'éteindre, brûler, s'épuiser, griller, s'user.

4.4.2 Le syndrome d'épuisement professionnel

Le terme 'épuisement' est défini par le Larousse comme l'action « d'épuiser, de mettre à sac, de stériliser, d'user jusqu'au bout » ou encore comme « l'état de quelqu'un dont les réserves nutritives ont été consommées ou dont le tonus nerveux est très réduit ; faiblesse extrême. » Ce même dictionnaire définit le syndrome d'épuisement professionnel comme caractérisé par « une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir ».

Cette expression se veut synonyme du terme burnout. Cependant, à l'inverse du terme anglo-saxon très imagé, l'expression française ne permet pas bien de « visualiser » ce que représente ce phénomène. Il n'est d'ailleurs pas rare que le terme burnout soit préféré à celui de syndrome d'épuisement professionnel même dans la langue française.

4.4.3 Karoshi

On ne peut pas littéralement considérer que le terme Karoshi est un équivalent du burnout ; mais cette expression japonaise représente peut être la forme la plus extrême du burnout. Elle signifie littéralement « mort par fatigue au travail ». La violence de ce terme est donc sans comparaison avec celui de burnout. Ce mot a été introduit au Japon suite au décès d'un salarié sur son lieu de travail par arrêt cardiaque. Hosokawa, Tajiri et Uehata, trois médecins japonais, ont étudié le phénomène et mis en avant le lien entre troubles cardiovasculaires et temps de travail excessif.

Ce terme ne se conçoit quasiment que dans la culture japonaise, où l'entreprise passe souvent avant tout. Ce phénomène est d'ailleurs indemnisable en tant que maladie professionnelle depuis 1987 (79).

Si ces termes se veulent des traductions plus ou moins juste du burnout, nous allons voir qu'il en existe un certain nombre avec lesquels le burnout peut parfois être confondu, alors qu'il s'agit d'entités bien distinctes.

4.5 Diagnostic de burnout : des confusions possibles (80)

Le manque de précision concernant le concept du burnout peut parfois induire une confusion avec d'autres symptomatologies pouvant mimer certains de ses aspects.

4.5.1 Le stress professionnel

La définition proposée par l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail est la suivante : un état de stress « survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ».

Il existe une situation de stress dès qu'une personne sollicitée par son environnement doit s'adapter : cette sollicitation peut être bonne ou mauvaise. Il ne s'agit donc pas d'une pathologie mais initialement d'une réaction de l'organisme pour mettre en place un mécanisme de défense afin de pouvoir mobiliser rapidement les réserves nécessaires pour permettre l'adaptation.

En 1956 le chercheur en médecine Hans Selye définit le Syndrome Général d'Adaptation, où il décrit les trois phases déclenchées par une exposition au stress (81) :

- Phase d'alarme : survient juste après contact avec l'agent stressant, caractérisée par une sécrétion de catécholamines préparant le corps à répondre rapidement (par le combat, ou la fuite).
- Phase de résistance : s'installe en cas de persistance de la situation stressante, elle permet à l'organisme de s'adapter à ce stress en mobilisant les réserves énergétiques nécessaires (par stimulation de l'axe corticotrope).
- Phase d'épuisement : survient lorsque les ressources de l'individu deviennent insuffisantes, il en résulte donc une perte des capacités d'adaptation corporelle.

Lors de cette dernière phase le stress peut commencer à se confondre avec le burnout. A la fin des années 1980, Etzion décrit en effet le burnout « comme un processus latent d'érosion psychologique résultant de l'exposition prolongée à un stress » (70).

Il existe donc un lien très étroit en stress et burnout, puisque ce dernier commencerait donc à se développer à cette troisième phase d'adaptation au stress, lorsque les capacités d'adaptation de

la personne sont dépassées (82). Reste à préciser tout de même que le stress peut toucher l'ensemble des domaines de la vie, alors que le burnout concerne le milieu professionnel.

4.5.2 La dépression

Burnout et dépression peuvent parfois être difficiles à différencier du fait de similitudes cliniques non négligeables. Cependant même s'ils sont souvent corrélés (83) ces deux syndromes ne peuvent être considérés comme une même entité clinique. Ils se différencient en effet particulièrement dans leur origine et dans leur développement. Le burnout naît à la suite de problèmes professionnels chroniques, externes à l'individu ; alors que la dépression naît principalement de facteurs intrinsèques à l'individu, avec souvent un ou des facteurs extérieurs déclenchants. Il est donc particulièrement important de rappeler que le burnout fait référence au domaine professionnel (même s'il pourra par la suite retentir sur la sphère privée, ce qui peut alors d'autant plus favoriser les confusions) alors que la dépression englobe l'ensemble de sphères privées et professionnelles de l'individu. Ainsi le burnout fait nécessairement suite à un stress professionnel extrinsèque à l'individu, répété sur une période prolongée, alors que l'origine d'une dépression est multifactorielle et rarement identifiée par le patient, sauf en cas de dépression réactionnelle où le facteur déclenchant est alors facilement identifiable. De ce fait, comme nous le verrons plus en détails un peu plus tard, l'arrêt de travail est bien souvent nécessaire dans la prise en charge du burnout, ce qui n'est pas le cas pour la dépression. De plus, aucun médicament n'a prouvé son efficacité sur le burnout.

Cependant, il n'est pas toujours évident en clinique de faire la part des choses même lorsque l'on est bien informé. Firth retrouve d'ailleurs un lien significatif entre des scores élevés de burnout mesurés avec la MBI et des scores élevés de dépression avec l'échelle de mesure Beck Depression Inventory (BDI) (84). C'est pourquoi certains auteurs conseillent d'associer ces deux échelles pour dépister un burnout, sans méconnaître une réelle dépression associée.

Certains auteurs se sont intéressés au fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire, et en particulier à la production de cortisol chez les patients atteints de burnout ou de dépression. La production de cortisol chez les patients étant en burnout ne semble pas différente de celle de la population générale (mais certains résultats sont discordants, certaines études retrouvant une majoration et d'autres une diminution de la production de cortisol) alors que chez les patients

présentant un syndrome dépressif majeur on retrouve un hyperfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire (85).

4.5.3 Les troubles de la personnalité

Certains troubles de la personnalité avec trouble des conduites (personnalité obsessionnelle, évitante, dépendante...) peuvent mimer un burnout à différents niveaux de symptomatologie (besoin de l'approbation d'autrui permanent entraînant un surinvestissement, tendance à s'isoler sans recours à des aides extérieures, défaut d'estime de soi, perfectionnisme pouvant conduire à l'épuisement etc.). Mais la cause des troubles est ici intrinsèque à l'individu à la différence du burnout. Il faut cependant garder à l'esprit que ce type de personnalité peut favoriser l'émergence d'un burnout en influençant les réponses individuelles face au stress au travail (86). Il faut donc rester vigilant.

4.5.4 Les troubles anxieux

Les troubles anxieux se définissent globalement par la présence d'une anxiété pathologique et donc néfaste pour la personne. Ces troubles peuvent facilement se confondre avec les premiers signes du burnout. En effet, une personne en burnout peut présenter une anxiété plus ou moins importante ; et le burnout peut parfois même être la cause initiale d'un trouble anxieux.

4.5.5 Les troubles de l'adaptation

Les troubles de l'adaptation peuvent parfois fortement favoriser un burnout ; mais considérer le burnout comme un trouble de l'adaptation semble très réducteur. En effet, la cause du trouble est ici assimilée à l'individu lui-même, alors que dans le burnout c'est l'environnement professionnel qui est pathologique et qui va entraîner l'individu vers un syndrome du burnout.

4.5.6 Le boreout

Le boreout a été décrit comme un syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui au travail. Ce syndrome provoque une insatisfaction et un désintérêt professionnels, engendrés par le

manque de travail et l'ennui. Contrairement au burnout, il ne concerne pas principalement les personnes travaillant dans la relation d'aide, mais au contraire est plus présent chez les salariés d'entreprise. Cette théorie a été décrite par P. Werder et P. Rothlin en 2007 dans leur livre *Diagnose Boreout*. Le principal point de comparaison avec le burnout réside dans la diminution de l'accomplissement personnel. Cette entité reste peu reconnue et peu développée à l'heure actuelle.

4.6 Population concernée

Le burnout a initialement été décrit dans une population bien particulière : celle des soignants (76). Assez rapidement cette notion a été étendue à l'ensemble des professionnels de la relation d'aide.

Actuellement, la plupart des auteurs reconnaissent que le syndrome du burnout peut concerner de nombreuses autres professions (policier, avocat, caissier, pompier etc.) qui ont en commun un « attachement à la prise en charge de la personne, mais aussi de la communauté dans son ensemble et à son maintien dans un bon état de 'santé' physique, mental ou social... » (78).

Canoui et Mauranges appuient cette théorie, mais modèrent tout de même leurs propos en précisant que, si le burnout peut survenir dans de très nombreuses professions, il n'y a « que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact si important » (76).

Nous parlerons principalement ici du burnout chez les soignants, et en particulier chez les internes.

4.7 Les facteurs de risques et facteurs protecteurs du burnout chez les soignants

Nous allons résumer ici les principaux facteurs qui influencent le burnout retrouvés dans de nombreuses études (64)(87)(88)(89)(90)(91)(92)(93)(94)(95)(96).

4.7.1 Les facteurs de risque

4.7.1.1 *Relatifs au travail*

- Une charge de travail excessive : de nombreuses études(64)(95)(87)(90) ont permis de démontrer qu'il s'agit d'un facteur favorisant du burnout, particulièrement en terme de qualité.
- Un excès de charges administratives et l'augmentation des contraintes collectives : en 2007, 96% des médecins franciliens dénonçaient « l'excès de paperasseries » comme première cause d'épuisement professionnel (87).
- Un manque de reconnaissance et de soutien de la part des collègues et supérieurs.
- Un décalage entre les compétences de l'individu et les responsabilités qui lui sont confiées.
- Le fait de travailler isolé, avec peu voire pas de travail d'équipe.
- L'existence d'un décalage entre les valeurs morales de l'individu et les exigences imposées par le travail.
- L'existence de difficultés relationnelles avec un ou plusieurs patients (pathologie lourde, patient exigeant...) qui peut aboutir à l'apparition d'un sentiment de non reconnaissance pour le praticien.
- Le manque de temps pour sa vie privée/la vie trop parasitée par le travail.
- Le manque de sommeil (qui peut être ou non en lien avec le nombre d'heures travaillé et en particulier le nombre de gardes) (94).

4.7.1.2 *Relatifs à l'individu*

- Le manque d'expérience et de confiance en soi.
- Des exigences personnelles trop importantes.
- Certaines personnalités : nous avons vu précédemment que des personnalités obsessionnelle, compulsive, dépendante, ou encore évitante peuvent mimer un burnout, mais également qu'il fallait rester vigilant car ces mêmes personnalités représentent souvent un terrain favorisant l'apparition d'un burnout.
- Certaines orientations de carrière, définies par Cherniss en 1980, sont également plus à risque. Didier Truchot reprend ces définitions en 2002 dans son rapport de recherche (90) et met en évidence un lien entre orientation de carrière et burnout. Deux d'entre

elles semblent à risque : l'orientation égoïste (individu peu engagé dans son travail, son objectif est de satisfaire sa vie personnelle ; sa vie privée prend le pas sur le travail qui n'est qu'un moyen instrumental de la faire fructifier) et l'orientation carriériste (individu dont le principal objectif est la reconnaissance sociale que peut lui apporter le travail ; il dirige ses efforts professionnels pour obtenir prestige, responsabilités et stabilité financière).

- Certains événements de vie négatifs vécus par le médecin peuvent rendre la prise en charge d'événements similaires dans la vie professionnelle plus difficile s'il s'identifie dans la situation. Comme le décrit A. Woerner dans sa thèse (97), cela peut être un facteur 'fragilisant' mais également un 'moteur' permettant au médecin d'avancer.
- L'existence de conflits entre vie professionnelle et vie privée.

Dans son livre (78) François Baumann rappelle les douze étapes pouvant mener au burnout, d'après la théorie de Freudenberg :

- Excès d'ambition
- Manque d'attention à ses propres besoins
- Engagement personnel trop important
- Prise de conscience tardive face à ses conflits internes : possibilités de refoulement débordées
- Disparition progressive des besoins non professionnels
- Dénier du surmenage et de la surcharge de travail
- Cynisme dissimulé tant bien que mal par une attitude ironique et un humour souvent noir
- Modification du comportement : rigidité psychique, intolérance à la critique, apparition progressive de la déshumanisation
- Négation de ses besoins essentiels antérieurs
- Sentiment d'incompétence et d'inutilité
- Disparition de l'esprit d'initiative, apathie
- Epuisement total.

4.7.2 Les facteurs protecteurs

- Un support social, familial et professionnel adapté.
- Encore d'après Didier Truchot (90), les deux autres orientations de carrière semblent être protectrices vis-à-vis du burnout chez les soignants : l'orientation activiste (individu idéaliste, très engagé et plutôt critique à l'égard de sa profession, se soucie peu de son statut et de sa sécurité d'emploi ; son objectif est de permettre un changement social et d'améliorer la vie de ses patients) et l'orientation artisan (individu qui cherche à développer ses compétences et à acquérir de nouvelles capacités afin de préserver son indépendance ; son objectif est d'exercer son savoir-faire et de le développer au cours de nouvelles expériences).
- D'autres facteurs protecteurs ont également été décrits, comme le sentiment d'équité dans la relation médecin-patient (98) ou encore le fait de se sentir responsable de son avenir et non pas de le voir comme une fatalité.

4.7.3 Les facteurs controversés

- Le genre : les résultats des études concernant ce facteur ne cessent de se contredire. Si certaines études ne retrouvent pas de corrélation significative, d'autres montrent que les femmes présentent plus de signes de burnout que les hommes, alors que d'autres affirment le contraire (93). D'autres encore montrent que les femmes ont un score de dépersonnalisation significativement inférieur à celui des hommes (99) ou bien au contraire que les femmes présentent uniquement un épuisement émotionnel plus important que les hommes (64).
- L'âge : au même titre que le sexe, l'âge est un facteur de risque très controversé dans la littérature. Certaines études ne retrouvent pas de lien, d'autres affirment que l'âge jeune est un risque supplémentaire de burnout, d'autres encore montrent un risque accru de burnout avec l'augmentation de l'âge...
- Certaines études affirment que les personnes vivant seules ont des scores de burnout plus élevés, mais l'impact du statut marital est encore mal établi, car il est probable que cette variable se confonde avec d'autres (71).

4.8 Manifestations cliniques

Le burnout peut se manifester par un ensemble très varié et aspécifique de signes cliniques (78) qui viendront former le syndrome du burnout, et qui peuvent cependant être regroupés selon quatre aspects (100) :

4.8.1 Signes comportementaux

Désintérêt pour le travail, évitement, retard, absentéisme, appréhension des responsabilités, absence d'efficacité malgré parfois une hyperactivité paradoxale, manque de professionnalisme, apparition de comportements à risque (consommation excessive d'alcool, de psychotropes...).

4.8.2 Signes somatiques

Fatigue prononcée, douleurs diffuses, troubles du sommeil, mais aussi troubles digestifs, syndromes grippaux, rhinopharyngite etc.

4.8.3 Signes émotionnels

Irritabilité, labilité émotionnelle, cynisme, tristesse, désespoir voire idées suicidaires, sentiment d'insatisfaction et de frustration permanent.

4.8.4 Signes cognitifs

Troubles de l'attention et de la concentration, troubles mnésiques, troubles du jugement.

4.9 Conséquences du burnout chez les soignants

Les conséquences du burnout sont multiples, et se répercutent à la fois sur le médecin, et sur les patients.

4.9.1 Conséquences personnelles

Yehuda Lerman a démontré une augmentation significative du risque de développer une maladie coronaire chez les patients en burnout, aussi bien chez les hommes (risque relatif = 3,1) que chez les femmes (risque relatif = 3,4) (101) probablement en lien avec un dysfonctionnement métabolique.

Comme nous l'avons vu plus haut, le burnout peut également entraîner un ensemble très varié de manifestations psychosomatiques comme une fatigue prononcée, des douleurs diffuses, une perturbation du sommeil, mais aussi des troubles digestifs ou des syndromes grippaux etc.

L'état de santé physique et mental du médecin victime de burnout s'altère considérablement. En plus de s'épuiser physiquement et moralement, le médecin va alors développer un sentiment d'incompétence et d'inutilité entraînant inéluctablement une perte de confiance en soi et donc une diminution de l'accomplissement personnel. En découlent alors diverses conséquences dont la possibilité d'apparition de comportements à risques avec consommation excessive d'alcool, de tabac ou de psychotropes (87).

Il est également important de souligner l'état de détresse psychologique dans lequel se retrouvent certains médecins en burnout, qui les pousse parfois jusqu'au suicide. Les résultats de l'étude réalisée en 2003 par Leopold, médecin généraliste, sont alarmants : le nombre de suicide chez les médecins est bien plus important que dans la population générale à âge égal, avec un risque relatif de 2.37 (102).

4.9.2 Conséquences professionnelles

Certains aspects du burnout retentissent quant à eux directement sur la vie professionnelle du médecin. Initialement le médecin fait souvent preuve d'une hyperactivité réactionnelle à la diminution d'efficacité des efforts fournis. Mais lorsque le médecin se rend compte de l'inefficacité de sa démarche, l'hyper investissement fait souvent place à une mise en retrait avec un absentéisme de plus en plus marqué et une augmentation des jours d'arrêt maladie (93).

De plus en plus de médecins semblent insatisfaits de leur pratique, au point d'envisager des changements radicaux comme la réorientation. En 2004 parmi les médecins interrogés en Poitou-Charentes 4% déclaraient vouloir changer de métier dans l'année, et 32,5% souhaitaient en changer sans délai précisé (103). En 2007 plus de 50% des médecins généralistes d'Ile de

France interrogés déclaraient vouloir modifier leur mode d'exercice voire même changer de profession (87).

Par ailleurs il est fort probable, même si cela n'est pas démontré, que le burnout entraîne une baisse de l'empathie et donc une dégradation de la qualité de la relation médecin-patient.

4.9.3 Conséquences collectives

Les conséquences individuelles et professionnelles décrites ci-dessus ont un certain nombre de conséquences sur le plan collectif.

Une des conséquences les plus évidentes semble être la répercussion du burnout du soignant sur sa relation avec le patient. Les conséquences du burnout sur le médecin provoquent en effet une altération de la qualité des soins pour les patients. En particulier du fait d'une très probable diminution de l'empathie secondaire au burnout. Ce manque d'investissement auprès des patients modifie la prise en charge afin qu'elle soit le plus économe en énergie pour le médecin. Le patient ressent ces changements. Le comportement du médecin, moins convaincu et donc moins convainquant, provoque une diminution de la compliance au traitement. La relation médecin- patient se complique encore plus (moins le patient va être compliant, plus le médecin en burnout risque de désinvestir la relation) : le cercle vicieux est créé (97).

Il existe également des conséquences financières au burnout, avec le financement des arrêts de travail, ou encore les journées indemnisées par la CARMF.

Enfin, l'absentéisme répété, l'augmentation progressive du désir de reconversion des médecins généralistes, et le nombre de postes non pourvus d'internes de médecine générale (bien que la médecine générale soit revalorisée depuis quelques années, et que les postes soient pourvus de plus en plus tôt dans le classement, il existe systématiquement des postes non pourvus en médecine générale depuis la création des ECN, alors que tous les postes sont pourvus dans la majorité des autres spécialités) créent une diminution de l'accès au soin, avec son lot de difficultés : majoration de la charge de travail des médecins présents, patients insatisfaits, difficultés de la relation médecin- patient : encore un cercle vicieux...

4.10 Prévention et prise en charge du burnout

Le burnout est un syndrome complexe et multifactoriel, raisons pour lesquelles sa prise en charge est aussi délicate, et n'assure malheureusement aucune garantie de succès une fois la maladie installée. Comme le souligne le Dr Baumann « c'est en amont du stade confirmé de la maladie qu'il faut agir » (78). En effet, vu la complexité de la symptomatologie, tout doit être mis en œuvre pour l'éviter. La prévention primaire du burnout doit donc être une priorité.

4.10.1 Prévention primaire

L'objectif de la prévention primaire est d'empêcher la survenue du burnout, en agissant en amont sur les facteurs corrélés. Dans cet objectif, le Dr Galam développe les stratégies possibles à différents niveaux (104) :

4.10.1.1 *Sur le plan personnel*

Il est primordial de connaître ses priorités : travail, famille, amis, loisirs ? S'autoriser des temps de pause, de détente, favoriser les relations d'échange personnel, permet de se sentir bien et donc de lutter contre le burnout. Prendre le temps de s'interroger sur l'importance des choses permet souvent de reclasser ses priorités, et ainsi de tenter de retrouver un équilibre et une harmonie entre vie privée et vie professionnelle, indispensable au bon développement personnel de chaque individu.

Dans la course effrénée de la vie moderne imposant ses nombreuses contraintes, il est facile de s'oublier au milieu de la multitude d'impératifs que nous nous fixons (être un parent exemplaire, un ami présent en toute circonstance, être irréprochable dans son métier sans compter ses horaires... Et le tout en affichant une bonne humeur à toute épreuve !) Face à un tel programme un point fondamental est alors souvent négligé : soi. De nombreuses méthodes proposent d'apprendre à se détendre, à se réapproprier son corps, à gérer son stress afin d'être mieux préparé à la vie professionnelle ou encore à avoir une meilleure estime de soi. Il est urgent d'apprendre à prendre du temps pour soi ! Cela passe également par l'instauration d'une bonne hygiène de vie avec une alimentation équilibrée, des activités physiques et un temps de sommeil suffisant.

Lorsque l'on devient médecin, ne pas réussir à soigner un patient devient souvent synonyme d'échec personnel, comme si cela était forcément de notre faute, et qu'on aurait dû mieux faire. « C'est en prenant conscience du principe d'incertitude et du fait que nous ne pourrions pas guérir tous nos patients que nous nous protégerons au mieux du burnout tout en continuant à exercer notre métier dans la sérénité qui transcende l'imperfection en l'acceptant » (105).

4.10.1.2 Sur le plan de la profession

Comme sur le plan personnel, il est important de reconsidérer ses priorités propres au travail, afin d'organiser son temps de façon à s'épanouir sur le plan professionnel. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, un temps de travail important ne semble pas favoriser le burnout. En revanche, multiplier les actes est un facteur de risque de développer un burnout. S'investir dans son travail, en se donnant les moyens de le faire comme on le souhaite (sans être stressé par des contraintes de temps, en déléguant autant que possible les tâches administratives comme les prises de rendez-vous) protégerait donc du burnout.

Lutter contre l'isolement est une chose indispensable tant sur le plan personnel que professionnel. Sur le plan professionnel différents moyens sont déjà mis en place et doivent être utilisés pour lutter contre le burnout. L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML), créée en 2004, permet à tout médecin libéral de parler avec un psychologue clinicien, spécialisé dans la prévention, la prise en charge et la gestion des troubles psychologiques liés au travail. Pendant l'internat, les étudiants peuvent s'adresser au Bureau des Internes (BDI) de leur faculté. Cependant toutes les facultés ne bénéficient pas de ce dispositif, ce qui est à déplorer. Les groupes de paroles comme les groupes Balint ou encore les groupes de pairs, permettent au médecin de pouvoir évoquer ses difficultés, ses ressentis, et de pouvoir réfléchir aux difficultés rencontrées par certains de ses confrères, ce qui permet à la fois d'être mieux préparé à affronter ce genre de situations si elles se représentent, et de ne plus se sentir isolé dans la difficulté. De tels groupes ont été mis en place dans certaines facultés comme à l'Université Paris Descartes, pour permettre aux internes d'en bénéficier. Les formations médicales continues (et les cours à la faculté pour les internes) permettent également de garder un lien professionnel en dehors de la routine du travail (que ce soit en cabinet ou à l'hôpital pour les internes). L'ensemble de ces moyens donne les outils nécessaires à l'analyse de ses pratiques professionnelles, permettant au médecin ou à l'interne de mieux cibler la façon dont il souhaite travailler.

Il existe particulièrement dans la population médicale un fort déni de ses propres difficultés. Comment prendre soin des autres sans aller bien ? Il est initialement plus facile de nier avoir un problème plutôt que de devoir y faire face. Il est important d'informer sur l'existence du syndrome d'épuisement professionnel, sur ses conséquences et sur les moyens de prévention qui existent. Cette information doit être donnée très tôt dans le cursus des études médicales, afin de rompre cette impression de stigmatisation du médecin malade.

Il est nécessaire par cette information de tout faire pour déculpabiliser médecins et internes, afin qu'ils acceptent d'être soignés lorsqu'ils en ont besoin. Si la profession médicale affirme qu'avoir un suivi médical régulier est quelque chose d'important, elle est très loin de se l'appliquer à elle-même ! Pour permettre le suivi des médecins, il faut également apprendre à soigner ses confrères, ce qui est loin d'être facile.

4.10.1.3 Sur le plan collectif

Si la prise en charge au niveau individuel est indispensable, la gravité et la prévalence de ce syndrome nécessitent la mise en place de dispositifs de prévention ainsi que de mesures collectives, comme l'amélioration de la protection sociale des médecins libéraux, une prise en charge médico-psychologique spécifique pour les soignants, la mise en place d'une médecine du travail pour les médecins et les internes, afin d'améliorer leurs conditions de travail. Le burnout est un syndrome indissociable du travail de par sa définition, qui pourrait être défini comme une maladie professionnelle mais qui n'est à ce jour pas reconnue comme telle.

4.10.2 Préventions secondaire et tertiaire

A ce stade le burnout est déjà installé, et la première difficulté rencontrée pour permettre la prise en charge va être le déni de la maladie. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, ce sentiment de honte et de culpabilité face à la maladie est particulièrement présent dans la population médicale, ce qui conduit souvent à un déni complet. Non seulement ce refus de considérer la maladie, qu'il soit conscient ou inconscient, ne va rien arranger, mais au contraire, cette réaction censée protéger le médecin va encore favoriser l'évolution du burnout. Pour lutter contre la maladie il faut savoir demander de l'aide et accepter de se soigner. Aller demander de

l'aide à un confrère est souvent difficile, et en tout cas loin d'être naturel pour un médecin. L'AAPML peut alors faciliter cette démarche en proposant un soutien psychologique spécialisé par téléphone où le médecin peut garder l'anonymat. Face à cette difficulté évidente, l'Ordre des Médecins a mis en place l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants, visant à former des volontaires pour la prise en charge de la population médicale.

Même si cela ne suffira probablement pas à soigner le malade, les stratégies utilisées pour la prévention primaire doivent évidemment être maintenues, renforcées ou instaurées si ce n'était pas le cas.

La survenue d'un burnout impose de façon brutale à l'individu l'existence de ses propres limites, et la nécessité de réévaluer ses priorités. Cette remise en cause très difficile sera la seule façon de réorganiser sa vie afin de modifier ses pratiques professionnelles pour pouvoir trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Le malade - et tout particulièrement s'il est médecin - va tarder à consulter après le début des symptômes, et l'arrêt temporaire des activités sera souvent nécessaire à cette remise en question. Un grand nombre de thérapies (psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale...) existent et peuvent aider l'individu dans ce sens.

La question d'un traitement pharmacologique transitoire se pose également assez fréquemment pour aider à passer le cap le plus difficile. Cette prise en charge qui peut s'avérer très utile doit être envisagée avec beaucoup de prudence dans la population médicale, qui a un accès très facile à tous les traitements et chez qui il existe une forte tendance à l'automédication.

4.11 Questionnaires d'évaluation du BO

4.11.1 Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

Cette échelle élaborée en 1986 par Maslach et Jackson est de loin l'outil d'évaluation du burnout le plus utilisé par la communauté scientifique internationale. La version française a été traduite et validée en 1994 par Dion et Tessier.

A travers 22 items remplis selon une échelle de Lickert allant de 0 (jamais) à 6 (chaque jour), cette échelle permet d'explorer les trois dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel

(items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20), la dépersonnalisation (items 5, 10, 11, 15, 22) et l'accomplissement personnel (items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Chaque dimension est alors interprétée séparément afin d'évaluer le degré de burnout. En effet, il est important de noter qu'il n'existe pas de score global du MBI. Chacune des trois dimensions a donc son propre score, non cumulable avec celui des deux autres. Maslach et Jackson ont établi des bornes afin de pouvoir qualifier les scores obtenus de « bas » « modéré » ou « élevé » (tableau n°2). A noter qu'un accomplissement personnel diminué correspond à un score élevé de burnout.

Cependant certains auteurs se sont accordés pour dire qu'avoir une ou deux des dimensions « épuisement émotionnel » ou « dépersonnalisation » élevées peut être considéré comme un burnout sévère, définition régulièrement reprise dans la littérature (89).

Tableau n°2 : codification des scores de burnout

Score de burnout	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Elevé	>29	>11	<34
Modéré	18 - 29	6 - 11	34 - 39
Bas	<18	<6	>39

Il existe actuellement trois versions du Maslach Burnout Inventory :

- MBI- HSS (Human Service Survey) : concernant les professions médicosociales. Il s'agit de la version originale du MBI, élaborée initialement pour la population qu'on croyait alors seule concernée : les professionnels de la relation d'aide.
- MBI- ES (Educator Survey) : concernant les professions de l'éducation.
- MBI- GS (General Survey) : concernant toutes les autres professions.

4.11.2 La Burnout Measure (BM)

Nettement moins utilisée, cette échelle élaborée en 1977 par Pines et Aronson est principalement utilisée pour évaluer l'épuisement émotionnel.

Elle se compose de 21 items évalués selon une échelle de Lickert allant de 1 (jamais) à 7 (toujours).

4.11.3 Autres

D'autres échelles d'évaluation du burnout peuvent être citées : le Copenhagen Burnout Inventory , le Staff Burnout Scale, la Meier Burnout Assessment etc.

Leur intérêt est cependant bien moindre : elles ne sont en effet quasiment pas utilisées, et présentent souvent une validité statistique faible.

4.12 Etat des lieux du burnout dans la population médicale

Le burnout est une pathologie malheureusement extrêmement fréquente, et dont les conséquences peuvent être très lourdes comme nous l'avons vu auparavant. De nombreuses études se sont donc intéressées à la prévalence du burnout, en particulier chez les médecins généralistes et libéraux, et chez les internes.

4.12.1 Chez les médecins

En 2008, Jean Karl Soler a réalisé une étude européenne évaluant la prévalence du burnout chez 1393 médecins généralistes (sur les 3500 recrutés, soit un taux de réponse de 41%) (93).

D'une façon globale cette étude retrouve 41% d'épuisement émotionnel élevé, 35% de dépersonnalisation élevée, 32% d'accomplissement personnel bas et 12% des médecins avec des scores élevés dans les trois dimensions.

En France, chez les 178 médecins généralistes ayant répondu, l'étude retrouve : 34% d'épuisement émotionnel élevé, 35% de dépersonnalisation élevée, 28% d'accomplissement personnel bas, et 10% avec des scores élevés dans les trois dimensions.

D'autres études réalisées uniquement en France semblent confirmer l'importance de la prévalence du burnout chez les médecins, avec malgré tout des différences parfois importantes en fonction des régions.

Tableau n°3 : prévalence du burnout des médecins en France

Lieu	Champagne-Ardenne(2002) (90)	Poitou-Charentes (2004) (103)	Loire (2004)(88)	France (2007) (99)	PACA (2007) (106)	Limousin (2010) (107)	France (2010)(97)
Population	Libéraux	MG	MG	MG	MG	Libéraux	MG
Effectif	408	515	306	221	511	1369	308
EE* élevé	42,3 %	40,3 %	26 %	27,1 %	23 %	29 %	24 %
DP** élevée	44,5 %	43,7 %	34 %	32,6 %	19,6 %	27 %	11 %
AP*** faible	37,4 %	43,9 %	19 %	27,1 %	10,6 %	26 %	16,9 %
3 dimensions élevées	NR	NR	5 %	8,1 %	1 %	NR	3 %
Aucune dimension élevée	NR	NR	16 %	48,5 %	25 %	NR	60 %

*Epuisement émotionnel, **Dépersonnalisation, ***Accomplissement personnel

MG = Médecins Généralistes, NR = Non Renseigné

4.12.2 Chez les internes

Devant cette importante prévalence du burnout chez les médecins généralistes, de nombreux auteurs se sont interrogés sur la prévalence du burnout chez les internes, afin de mieux comprendre l'évolution de ce syndrome chez les médecins (était-il déjà présent pendant les études, ou s'est-il développé uniquement lors de l'installation professionnelle à proprement parler ?)

Tableau n°4 : prévalence du burnout chez les internes

Etude	Taux de réponse	Trois dimensions élevées	EE élevé	DP élevé	AP faible
Ile de France 2005 (64)	92 %	NR	24,1 %	42 %	48,6%
Minnesota 2006 (108)	50 %	NR	34,4 %	26,9 %	28,2 %
IdF/ urgences 2008 (109)	84 %	NR	16 %	50 %	33 %
Nantes 2008 (110)	57,9 %	7,9%	16 %	35 %	21 %
Strasbourg 2009 (111)	71 %	NR	19,2 %	38,5 %	21,7 %
France 2011 (3)	52 %	7 %	16 %	34 %	39 %
Ile de France 2014 (96)	30 %	13 %	47 %	66 %	35 %

Le burnout est donc un syndrome tridimensionnel d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de baisse d'accomplissement personnel décrit initialement chez les soignants puis chez les personnes impliquées professionnellement dans la relation d'aide aux personnes. Sur le plan clinique le burnout peut se manifester par un ensemble varié et peu spécifique de symptômes. Les conséquences du burnout sur la santé physique et psychologique du médecin, mais aussi les conséquences professionnelles (multiplication des arrêts, désir de reconversion etc.) et collectives (gouffre financier, diminution de l'accès aux soins, et détérioration de la relation médecin-patient et donc de la prise en charge etc.) sont dramatiques. Le burnout est parfois considéré comme l'un des « fléaux » du XXI^e siècle, qu'il faut donc s'atteler à mieux connaître afin de mieux le prendre en charge. L'amélioration de la prise en charge générale du burnout n'est pas l'objectif de ce travail, qui cible un point plus précis. Le burnout peut être considéré comme une des conséquences d'une relation d'aide devenue pathologique. Chez les médecins et donc par conséquent chez les internes, un déséquilibre dans la relation avec leurs patients semble en tout cas prendre une part conséquente dans l'apparition de ce syndrome. Mais alors

quel est l'impact de l'empathie sur la survenue d'un burnout ? Protège-t-elle le médecin en lui permettant de trouver une juste distance avec son patient (suffisamment proche pour comprendre le patient et répondre à ses attentes, suffisamment loin pour ne pas se « bruler ») ou au contraire l'expose-t-elle avec le risque d'être trop impliqué émotionnellement ?

Avant de nous lancer dans notre étude, nous allons nous intéresser à ce qui est déjà connu dans la littérature concernant l'existence d'un lien entre empathie et burnout.

5 Lien entre empathie et burnout

Les études concernant l'empathie et celles concernant le burnout sont aujourd'hui très nombreuses. Comme nous allons le voir, certaines études ont commencé à s'intéresser à l'existence d'un lien entre l'empathie et le burnout, mais aucune imputation causale entre ces deux variables n'a pu être démontrée, faute d'existence d'études longitudinales.

Trois hypothèses s'opposent quant à la relation entre empathie et burnout (112). Nous allons ici dans un premier temps expliciter ces trois hypothèses en les illustrant avec les connaissances actuelles.

5.1 Le burnout inhibe l'empathie

Sans mentionner directement le burnout, Lisa Bellini et son équipe réalisent en 2002 une étude longitudinale sur l'empathie des internes de l'Université de Pennsylvanie, mesurée à l'aide de l'IRI, au début de leur internat à T0 (60 internes, soit 98% de réponses) et à un an d'intervalle T1 (48 internes, soit 79% de réponses) (55). Ils notent alors une association significative entre changement d'humeur avec dépression et agressivité et diminution du score d'empathie. Cette étude permet de soulever la question du lien entre empathie et burnout, mais l'absence de mesure du burnout empêche tout élément de réponse à ce niveau.

Toujours en 2002, une étude de Tait Shanafelt sur des étudiants en médecine de Washington (95) montre que les étudiants en burnout déclarent une prise en charge sous optimale des patients de façon significativement plus élevée que les étudiants qui ne présentent pas de burnout. S'il s'intéresse à l'attitude empathique de ces étudiants qu'il retrouve corrélée à la dimension dépersonnalisation du burnout, il n'utilise aucune échelle de mesure de l'empathie, aucune conclusion significative ne peut donc en être déduite.

Shanafelt publie une autre étude en 2005 où il étudie le lien entre le bien être et l'empathie chez 83 internes de la Mayo Clinic Rochester (113). Il y montre qu'un niveau élevé de bien être est significativement associé à un score d'empathie plus élevé.

En 2007, Matthew Thomas et son équipe publient une étude multicentrique portant sur l'empathie (mesurée par l'IRI), le stress professionnel, le burnout (mesuré par le MBI) et la qualité de vie chez 1098 étudiants en médecine (114). Les scores de burnout sont inversement

corrélés aux scores d'empathie émotionnelle et cognitive, en particulier la dimension dépersonnalisation ($p < 0,02$). Chez les hommes ils retrouvent une corrélation négative entre épuisement émotionnel et empathie émotionnelle. Ils montrent également qu'il existe un lien significatif entre accomplissement personnel et empathie cognitive et émotionnelle. Cette étude démontre donc un lien significatif entre burnout et empathie.

En 2010, Chantal Brazeau et son équipe publient une étude transversale portant sur le burnout (mesuré par le MBI), l'empathie (mesurée par la JSPE) et le professionnalisme (mesuré par la Professionalism Climate Instrument PCI) des étudiants en médecine de la New Jersey Medical School (115). Ils retrouvent que les dimensions épuisement émotionnel et dépersonnalisation du burnout sont inversement corrélées aux scores d'empathie et de professionnalisme ($p > 0,01$). La dimension accomplissement personnel du burnout est quant à elle positivement corrélée aux scores d'empathie et de professionnalisme ($p < 0,01$).

En 2011, Didier Truchot réalise une étude transversale sur le comportement de 270 médecins généralistes en fonction de la compliance de leurs patients (116). Il a également mesuré le burnout de ces médecins à l'aide du MBI. Il a ainsi pu montrer que les médecins en burnout adhèrent d'avantage aux solutions de retrait psychologique, ils ont plus tendance à se désengager de la relation, en adoptant des stratégies moins engageantes et moins coûteuses, d'autant plus que le patient est peu compliant.

En 2011, l'équipe de Manuela Neumann réalise une revue de la littérature (117) confirmant le déclin de l'empathie au cours des études médicales, bien qu'il ne soit pas retrouvé de façon systématique dans toutes les études. La plupart des études citées dans cette revue de la littérature retrouvent le burnout comme facteur inversement corrélé au degré de l'empathie.

Toujours en 2011, Chris Passalacqua et Stacey Segrin réalisent une étude chez 93 internes dont le but est d'évaluer l'évolution du stress, du burnout et de l'empathie au cours d'une garde (118). Ils concluent à une diminution significative de l'empathie au cours d'une garde. Ils montrent également que le stress perçu est significativement associé au burnout, qui est lui-même significativement associé à la diminution des scores d'empathie. Cette étude suggère donc une incidence du burnout sur l'empathie.

En 2012, Franck Zenasni et son équipe (47) mettent également en évidence, chez 308 médecins généralistes, un lien significatif entre empathie et burnout, tout particulièrement avec les dimensions dépersonnalisation et accomplissement personnel. Leurs résultats montrent que plus la dépersonnalisation est élevée, plus les scores d'empathie sont bas. A contrario, plus l'accomplissement personnel est élevé plus les scores d'empathie sont élevés.

En 2013, Aude Woerner étudie la relation entre empathie et burnout chez les médecins généralistes dans son travail de thèse (97). Elle démontre que le fait d'être en burnout est statistiquement corrélé au degré d'empathie, pour toutes les dimensions (mesurées par la JSPE et la TEQ). Les médecins en burnout présentent en effet des scores d'empathie cognitive et émotionnelle plus faibles.

En 2014, Martin Lamothe et son équipe publient une étude transversale sur l'empathie et le burnout des médecins généralistes français (119). Ils montrent également que le burnout est statistiquement associé à des scores plus faibles d'empathie émotionnelle (« empathic concern » mesurée par la TEQ, $p < 0,05$) et de la dimension prise de perspective (mesurée par la JSPE, $p < 0,001$).

Il s'agit de l'hypothèse la plus évidente : le burnout, dans lequel on retrouve en particulier la dimension dépersonnalisation, semble de façon assez intuitive néfaste pour l'empathie. Mais le simple fait que cette hypothèse semble la plus évidente ne signifie en aucune façon que les autres soient erronées. L'influence de l'empathie sur le burnout quant à elle est moins claire, et reste à démontrer.

5.2 L'empathie engendre le burnout

Une des hypothèses serait qu'un niveau élevé d'empathie pourrait causer ce que certains appellent une « fatigue de compassion » ou « compassion fatigue » puis de ce fait entraîner épuisement et burnout. La fatigue compassionnelle est décrite par Charles Figley en 1995 (120) comme l'émergence d'un état de tension et de préoccupation extrême, suite à une sur-identification au patient, ou à la difficulté à gérer la bonne distance avec son patient. Pour

certain auteurs elle serait le stade précédent le burnout, la récupération en serait donc plus rapide.

Certains auteurs donc, à l'instar de Helena Nielsen et Charlotte Tulinius en 2009 (121), mettent en garde contre cette fatigue de compassion qui se rapprocherait de l'épuisement émotionnel, engendrée par des difficultés répétées avec les patients, nécessitant un investissement empathique important.

Ce point de vue prend bien sûr en compte l'aspect émotionnel de l'empathie. Et c'est ce que redoutent certains opposants à la pratique de l'empathie, comme nous l'avons vu précédemment. Une des conséquences inappropriées de l'empathie serait alors que le praticien soit trop touché par les émotions du patient, et qu'il en découle des soins compassionnels inappropriés. Il semble évident que le risque de se laisser dépasser par les émotions que nous évoque un patient est propre à toute relation d'aide. Mais encore une fois, lorsque l'implication du praticien est telle que ses ressources s'en retrouvent dépassées, peut-on encore parler d'empathie telle que nous avons essayé de la décrire plus haut ? L'empathie du médecin n'est-elle pas alors elle aussi dépassée ? Lorsqu'on se laisse déborder par ses émotions, la relation devient pathologique, et le risque est bel et bien de s'épuiser, parfois jusqu'au burnout.

Aude Woerner met d'ailleurs en avant dans sa thèse l'existence d'une corrélation positive entre la dimension « compréhension émotionnelle » de l'empathie (mesurée par la JSPE) et l'épuisement émotionnel (97). C'est-à-dire que plus l'empathie émotionnelle est élevée plus l'épuisement émotionnel est élevé (sans lien de causalité démontré). Elle souligne donc l'idée qu'il est sûrement nécessaire de trouver un équilibre entre les différentes dimensions de l'empathie.

En 2014, l'équipe de Shisei Tei met en évidence un lien de corrélation positif (sans lien de causalité) entre burnout et empathie (mesurée par l'IRI) et en particulier que l'épuisement émotionnel est positivement corrélé à la prise de perspective ($p = 0,01$) (122).

Quoiqu'il en soit, si un certain type d'empathie semble pouvoir mener au burnout, nous pensons également qu'il est important de considérer qu'une attitude empathique correctement adaptée peut au contraire protéger les soignants du burnout.

5.3 L'empathie protège du burnout

En 2002, Didier Truchot publie une étude transversale portant sur le burnout des médecins généralistes de Champagne Ardenne (90). En observant les différentes orientations de carrières, il affirme que les artisans et les activistes sont nettement protégés du burnout, en comparaison avec leurs confrères ayant une orientation de carrière type égoïste ou carriériste qui semblent beaucoup plus exposés. Il n'évalue pas l'empathie à proprement parler, mais nous pouvons supposer que l'empathie doit avoir une place à part entière dans les orientations type artisans et activistes, contrairement aux deux autres (égoïste et carriériste) où l'empathie doit avoir une place bien moindre. Avec cette supposition, le fait d'être plus empathique serait lié à un degré moindre de burnout. Mais il ne s'agit encore une fois que de suppositions, aucune étude n'a aujourd'hui permis d'approfondir d'avantage cette hypothèse.

En 2003, Jodi Halpern décrit l'empathie clinique, et affirme qu'il existe un lien inversé entre une communication adaptée et le risque de burnout (27). Selon elle, l'empathie permettrait au soignant de trouver plus de sens dans son travail, et d'améliorer sa satisfaction personnelle ; et donc de ce fait, l'empathie serait protectrice du burnout. En effet, Halpern nous rappelle que les médecins plus engagés émotionnellement ont une meilleure efficacité thérapeutique, sont plus satisfaits dans leur travail et sont plus accomplis sur le plan personnel.

En 2007, Hojat reprend cette hypothèse que la satisfaction du soignant dans sa relation avec ses patients, et donc la qualité de la relation médecin-patient, serait protectrice vis-à-vis du burnout (25). Mais l'ensemble de ces « pistes » pour tenter d'étayer cette hypothèse que l'empathie serait protectrice du burnout manque encore cruellement de preuves scientifiques.

En 2009, Michael Krasner publie une étude longitudinale visant à évaluer l'effet d'un programme éducatif basé sur l'attention, la communication, et la conscience de soi sur le bien être des médecins généralistes, le stress, le burnout et les capacités relationnelles avec les patients (40). Il n'étudie pas le lien de corrélation entre empathie et burnout, mais il constate une augmentation significative des scores d'empathie mesurée par la JSPE, ainsi que des trois dimensions évaluées séparément, et une diminution significative du burnout dans ses trois dimensions (épuisement émotionnel diminué de 6.8 points, IC95 = -4.8 à -8.8 ; dépersonnalisation diminuée de 2.5, IC95 = -1.4 à -3.6 ; accomplissement personnel majoré de 2.4 points, IC95 = 1.2 à 3.6).

Aude Woerner met également en avant dans sa thèse l'existence d'une corrélation entre empathie cognitive et épuisement émotionnel (corrélation négative, $p < 0,001$), mais aussi avec l'accomplissement personnel (corrélation positive, $p < 0,001$) ; elle montre également que l'empathie émotionnelle est négativement corrélée aux scores de dépersonnalisation et positivement corrélée aux scores d'accomplissement personnel ($p < 0,05$) (97). Ce qui signifie que plus les scores d'empathie sont élevés plus ceux du burnout sont faibles.

L'étude de Martin Lamothe (2014) montre également que des scores élevés dans la dimension prise de perspective (évaluée par la JSPE) et d'empathie émotionnelle (évaluée par la TEQ) sont statistiquement corrélés à des scores de burnout plus faible (119). Ils avancent que des scores élevés de prise de perspective et d'empathie émotionnelle pourraient donc être protecteurs du burnout. Mais la transversalité de leur étude ne permet pas d'apporter la preuve de ce lien de causalité.

La même année, Helena Paro et son équipe montrent également que la dépersonnalisation est associée à des scores plus bas de souci empathique et de prise de perspective ($p < 0,001$) alors que l'accomplissement personnel est positivement corrélé à la prise de perspective ($p < 0,001$) et inversement corrélé à la détresse personnelle ($p < 0,001$) (123).

Il semble donc que les médecins en burnout voient leurs capacités empathiques diminuer. Mais aucun lien de causalité n'a pu être mis en évidence du fait de l'absence d'étude longitudinale à ce sujet. L'ensemble de ces études met en avant l'existence incontestable d'un lien entre empathie et burnout. Seule une étude longitudinale pourra tenter de définir le sens du lien qui les unit. Et en particulier d'étudier l'impact de l'empathie sur le burnout : est-elle un facteur protecteur ou un facteur de risque ? Il est bien sûr important de garder à l'esprit qu'il n'y a pas forcément un seul sens, mais très probablement un ensemble d'interactions entre les deux.

OBJECTIFS

Comme nous l'avons vu, le burnout des internes de médecine générale n'est malheureusement pas une fiction. Certaines études étrangères ont quant à elles souligné une diminution de l'empathie au cours de l'internat. Aucune étude française n'a encore étudié l'évolution du burnout et de l'empathie au cours des années d'internat.

Par ailleurs, depuis quelques années, certains auteurs commencent à s'intéresser au lien qui existe entre ces deux dimensions. L'analyse de la littérature a d'ailleurs permis de démontrer l'existence d'un lien entre empathie et burnout. Néanmoins l'étude de ce lien reste floue, car nous ne disposons pas actuellement d'étude longitudinale pour l'explorer.

L'objectif de cette étude est donc d'étudier l'évolution de l'empathie et du burnout chez les internes de médecine générale d'Ile de France, ainsi que le lien de causalité entre empathie et burnout, dans le cadre d'une étude longitudinale sur les deux premières années d'internat de médecine générale.

Rappelons les trois hypothèses actuelles concernant le lien entre empathie et burnout :

- Le burnout inhibe l'empathie.
- L'empathie génère le burnout.
- L'empathie protège du burnout.

MATERIEL ET METHODE

1 Contexte

Depuis 2007 des travaux portant non seulement sur le stress en population étudiante mais aussi sur le burnout des médecins généralistes et leurs compétences empathiques dans le contexte de la relation médecin-patient, sont menés à l'Institut de Psychologie de Paris Descartes, par Emilie Boujut, Serge Sultan et Franck Zenasni.

La première étude sur ce sujet, « Empathie I » a permis de montrer qu'une précision empathique accrue chez les MG est associée à une meilleure autorégulation du contrôle glycémique chez les patients diabétiques, suggérant ainsi que la précision empathique en consultation pourrait influencer les comportements individuels des patients (124).

La deuxième étude, « Empathie II » s'est intéressée à la description des capacités empathiques et du burnout chez 308 médecins généralistes. Elle a mis en évidence un fort taux d'épuisement émotionnel chez les médecins généralistes, mais a également suggéré un lien de corrélation entre empathie et burnout (47).

C'est dans la lignée de ces travaux qu'est né le projet « Empathie III » rebaptisé « InternLife ».

2 Empathie III ou « InternLife »

En avril 2012 le Département de Médecine Générale, en association avec l'Institut de Psychologie de Paris Descartes, a lancé par mail un appel à projet auprès des internes, concernant la mise en place de l'étude « Empathie III » portant principalement sur le stress, le burnout, l'empathie, l'état de santé et les stratégies de coping des internes de médecine générale. Une première réunion a eu lieu afin d'explicitier le projet, et de mettre en place deux équipes d'internes pour aider à mener ce projet à bien. Avec les neuf autres internes travaillant sur ce projet, nous avons rebaptisé l'étude « Empathie III » en « InternLife » : une étude SUR les internes, réalisée (partiellement) PAR des internes et POUR les internes.

La première équipe composée de trois internes s'est occupée de la partie qualitative de l'étude. Trente entretiens semi directifs de 45 minutes ont été menés auprès d'internes de médecine générale, et ont permis d'élaborer une échelle de stress spécifique à cette population (utilisée par la suite dans la partie quantitative de l'étude et dont la validation est soumise à publication), de définir les déterminants du stress chez ces internes et de répertorier les différentes stratégies d'ajustement face au stress.

La deuxième équipe composée initialement de six internes, dont je fais partie, s'est occupée de la partie quantitative de l'étude. L'objectif était de suivre tout au long de leur internat la promotion d'internes de médecine générale d'Ile de France ayant passé l'ECN en 2012. Le questionnaire auquel répondaient les internes était très vaste, et a permis de mener six projets de thèse sur différents sujets :

- facteurs prédictifs du burnout (96),
- facteurs prédictifs de l'empathie(125)
- empathie clinique (126)
- troubles du comportement alimentaire (127),
- burnout et addiction (en cours),
- et mon travail de thèse qui s'inscrit également dans ce projet d'étude.

3 Type d'étude

« InternLife » est une étude de cohorte prospective concernant la promotion d'internes de médecine générale d'Ile de France ayant passés l'ECN en 2012. Le suivi de cette cohorte a débuté lors du premier choix de stage des internes en octobre 2012, et il s'arrêtera à la fin de leur internat, début novembre 2015.

4 Population et critères de sélection

La population cible était l'ensemble des internes issus de la promotion d'IMG ayant passé l'ECN en 2012 et ayant choisi d'effectuer leur internat dans l'une des sept facultés de médecine générale d'Ile de France.

4.1 Recrutement

Le recrutement des internes s'est effectué lors de leur premier choix de stage de médecine générale en octobre 2012, sur le site de l'Agence Régionale de Santé à Paris, métro Porte de la Chapelle. Avec les internes de l'équipe, nous nous sommes répartis les jours de choix de stage afin d'être toujours présents et de nous faire connaître auprès des internes de la promotion 2012.

Nous avons donc tenté d'interpeller le maximum d'internes dès qu'ils sortaient de la salle des choix de stage. De cette façon nous pouvions les accueillir une fois leur stress un peu redescendu (les choix de stage sont pour la majorité des internes des moments de stress assez redoutés) avec quelques gâteaux ou chocolats (très appréciés !). Nous pouvions alors leur distribuer un flyer (annexe 2) où figurait l'adresse d'un site internet permettant de répondre au questionnaire en ligne. Nous avons pu leur expliquer que nous réalisions une étude SUR les internes POUR les internes. Le but précis de l'étude ne leur était cependant pas expliqué, afin de ne pas induire de biais. Ils étaient informés que des places de cinéma, puis des cartes Fnac et même des Ipads pouvaient être gagnés par ceux qui remplissaient l'intégralité du questionnaire.

A T0 nous avons également noté l'adresse mail de ceux qui étaient d'accord, pour pouvoir les relancer par mail et les motiver à se connecter au site internet afin de répondre au questionnaire de façon anonyme. Le site internet de l'étude « InternLife » était ouvert environ 1 mois, soit à peu près quinze jours avant et quinze jours après le début d'un nouveau stage. Le consentement éclairé des participants était obtenu à chaque temps de l'étude, et chaque interne pouvait se retirer de l'étude au moment où il le souhaitait. Cette manœuvre a été répétée tous les six mois de façon globalement similaire afin que les internes restent mobilisés et que nous puissions les suivre tout au long de leur internat, avec le moins de perdus de vue possible malgré la longueur du questionnaire proposé.

4.2 Accueil de l'étude

Avec l'ensemble des internes participant à l'élaboration de l'étude « InternLife » nous nous sommes donc relayés pour venir présenter l'étude lors des choix de stage. Les premiers temps de l'étude ont été accueillis de façon positive, la grande majorité des internes rencontrés étant ravis que l'on s'intéresse enfin à eux, aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer lors de l'internat et de la volonté sous-jacente de faire évoluer les choses. Cependant cet accueil chaleureux n'a

pas été unanime, certains internes nous reprochant dès T1 la longueur du questionnaire (cf. annexe 1). Par ailleurs nous n'avions pas dû être assez explicites sur le fait que l'objectif était de les suivre tout au long de leurs trois années d'internat, car dès le début de la deuxième année nous avons parfois été accueilli par des « encore vous ?? Mais ça s'arrête quand ? C'est vraiment trop long... ». La longueur du questionnaire et la durée du suivi en ont donc découragé certains. Mais heureusement, les remarques positives et les encouragements ne se sont pas arrêtés pour autant.

L'accueil de notre étude a donc été mitigé, mais de nombreux internes n'ont cessé de nous communiquer leur enthousiasme (certains allant même jusqu'à quitter la cohorte afin de poursuivre l'étude à nos côtés).

4.3 Critères d'inclusion

- Etre interne de médecine générale en Ile de France, promotion 2012.
- Internes ayant répondu de façon complète aux échelles de mesure concernant l'empathie (JSPE) et le burnout (MBI) sur au moins deux temps entre T1 et T4.

4.4 Critères d'exclusion

- Internes absents et non représentés, ou non rencontrés lors du premier choix de stage
- Refus de participer
- Internes ne s'étant pas connectés sur le site de l'étude, et n'ayant pas répondu au questionnaire.

4.5 Début de l'analyse à T1

Pour cette thèse, nous avons choisi de débiter le suivi à T1 (c'est-à-dire après les six premiers mois d'internat) et non à T0 (juste avant le début de l'internat). Ce choix a été fait car à T0 l'internat n'était pas débuté, et les futurs internes devaient donc soit se projeter dans leur fonction future, soit répondre en fonction de leur statut d'externe. Hors l'objectif de cette thèse est d'évaluer l'évolution de l'empathie et du burnout ainsi que leur lien, au cours de l'internat de médecine générale. Plusieurs internes nous ont par ailleurs confié après T0 qu'ils ne se

sentaient pas concernés du fait de leur absence d'expérience en tant qu'interne. Il est bien sûr également intéressant de se pencher sur leur évolution entre l'externat et l'internat mais ce n'est pas l'objectif ici, et cela a déjà été réalisé dans d'autres thèses découlant de l'étude « InternLife » (96)(126).

4.6 Participation

Environ 28% des internes ont répondu à au moins deux temps sur les quatre étudiés dans cette thèse malgré les contraintes liées au questionnaire, soit 157 internes sur les 558 prenant leur poste en médecine générale en Ile de France en novembre 2012. Ce taux de participation aurait sans doute pu être meilleur avec un questionnaire plus court, le temps nécessaire pour le remplir étant le reproche le plus souvent formulé par les internes.

5 Le questionnaire

5.1 L'élaboration du questionnaire

L'objectif était de développer un auto-questionnaire le plus exhaustif possible. Sa mise en place a nécessité de nombreuses réunions avec les différents internes de l'étude, mais aussi les médecins généralistes et les psychologues de l'Université Paris Descartes impliqués dans cette étude. Les questionnaires ont été choisis parmi des échelles de mesure validées dans leur version française, et leur utilité pour l'étude « InternLife » a été débattue au cours des diverses réunions.

Mon travail de thèse ne portant pas sur l'ensemble du questionnaire élaboré (annexe 1) je ne détaillerai ici que les variables utilisées dans mon étude.

5.2 Les différentes variables utilisées

- Sociodémographiques : âge, sexe et statut marital
- L'empathie : mesurée à l'aide de la JSPE, décrite dans la partie *Mesurer l'empathie* (p.34), il s'agit d'une échelle spécifique de la mesure de l'empathie chez les soignants, dont la validité a été démontrée par de nombreuses études.
- Le burnout : mesuré à l'aide du MBI, décrit précédemment dans la partie *Questionnaires d'évaluation du burnout* (p. 65).

6 Analyses statistiques

Les données ont été analysées par le logiciel de statistiques SPSS Statistics 19.0. Les données ont également été mises en formes et exploitées par Microsoft Office Excel 2007.

L'analyse a débuté par une analyse transversale univariée descriptive. A chaque temps d'observation, l'ensemble des tris à plat, moyennes, et écart types ont été calculés. D'une part pour qualifier la population étudiée, d'autre part pour observer leur résultat au test d'empathie et de burnout.

Des variables synthétisant l'ensemble des temps de l'observation ont été créés afin de faciliter l'appréhension des données en transversal (nombre de burnout observé, scores moyens pour chaque dimension du burnout et de l'empathie).

Une analyse longitudinale univariée a été réalisée en comparant l'évolution des scores d'empathie et de burnout sur les quatre temps. Les tests de significativité ont été réalisés entre T1 et T4, sur échantillons appariés.

Des groupes de personnes ont été créés selon l'observation à T1 et à T4 d'un burnout (BO). Soit :

- BO à T1 et BO à T4
- BO à T1 et pas de BO à T4
- Pas de BO à T1 et pas de BO à T4
- Pas de BO à T1 et BO à T4

Des analyses bivariées ont été réalisées entre les tests d'empathie et ceux de burnout (comparaison de moyenne selon le niveau des dimensions du test de BO à chaque temps et sur les variables synthétiques, comparaison des moyennes d'empathie selon les groupes d'observation définis ci-dessus).

Pour chaque analyse bivariée, comme pour chaque évolution de moyenne en longitudinale, des tests statistiques inférentiels ont été réalisés afin de connaître le risque d'imputer par erreur une observation faite sur nos répondants à l'ensemble de la population étudiée. Le niveau maximum de significativité a été défini à 5%.

Les tests statistiques employés dépendent des variables étudiées.

Afin de comparer la répartition des modalités d'une variable qualitative en fonction d'une autre variable qualitative, le test de Khi2 de Pearson a été utilisé afin de vérifier si la différence de pourcentage entre les groupes est significative ou non. Dans le cas de croisement de 2 variables à 2 modalités, le Khi2 de Yates corrigé a été utilisé. Il s'agit d'analyser l'écart existant entre la distribution théorique postulée et la distribution empirique obtenue.

Concernant l'étude d'une variable qualitative avec une variable quantitative, en analyse transversale (par exemple comparaison des scores d'empathies selon le fait d'être ou non en burnout) ou longitudinale (par exemple comparer les moyennes sur mesures répétées afin de suivre l'évolution du burnout et des variables de l'étude au cours du temps) des tests de Student (sur échantillons indépendants ou appariés) ont permis de comparer les moyennes que ce soit entre groupes ou à différents temps de l'étude.

Des corrélations bivariées de Pearson ont été utilisées afin d'analyser deux variables quantitatives. On étudie les variations de l'une en fonction de l'autre. Le coefficient de corrélation (C) est une mesure d'association entre deux variables quantitatives faisant jouer des rôles symétriques aux deux variables, faisant supposer une relation linéaire. Il est toujours compris entre -1 et +1. Le zéro correspond à l'indépendance linéaire des deux variables.

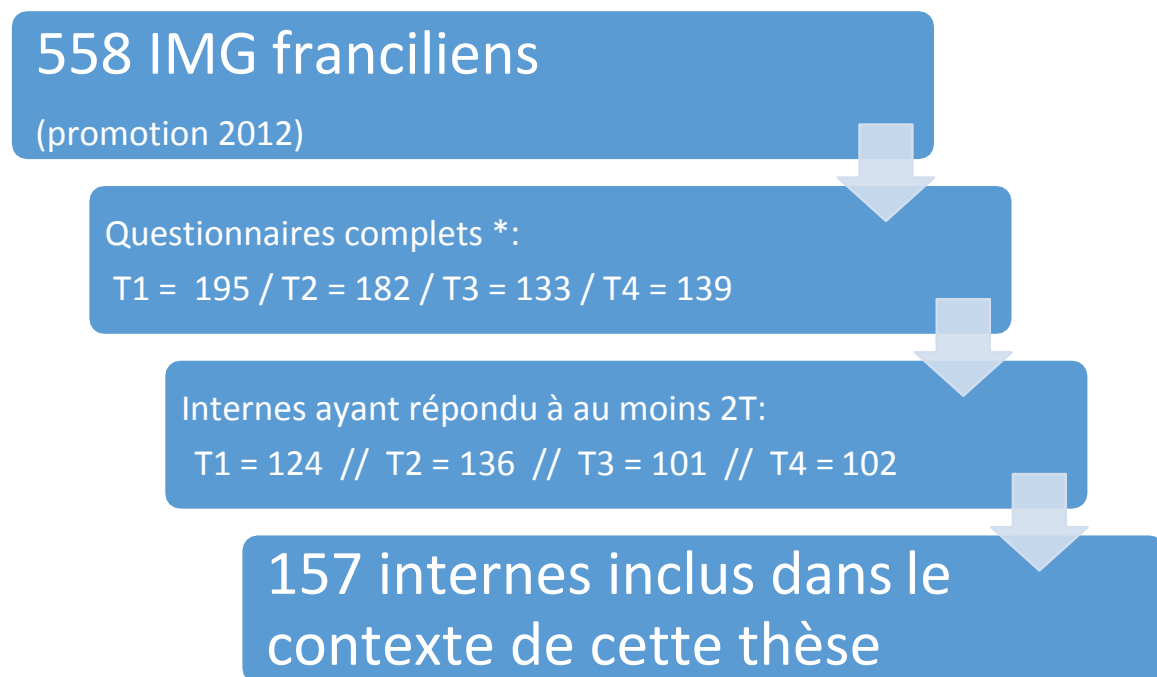
Pour tenter de mettre en évidence un lien de causalité entre empathie et burnout, le Pr Gana (Pr de Psychologie de la santé à l'Université de Bordeaux) a utilisé la méthode statistique "cross-lagged" ou en français "modèles croisé-décalés". Il s'agit d'une technique d'analyse de données complexe, largement utilisée dans l'analyse de données collectées à plusieurs reprises chez un même individu (mesures répétées au cours du temps), pour fournir des preuves concernant le sens de la causalité entre deux variables X et Y, et pour estimer la force du lien de causalité de chaque variable sur l'autre. Les modèles croisé-décalés impliquent l'estimation et la comparaison de la corrélation et/ou des coefficients de corrélation entre chacune des deux

variables (dont on souhaite connaître le lien de causalité -ici empathie et burnout-) mesurées à un moment donné et ces deux mêmes variables mesurées à un autre moment donné, et ainsi de suite. Ici il y a eu quatre mesures répétées de burnout et d'empathie.

1 Caractéristiques de la population

D'après les données de l'ARS, 558 internes (164 hommes et 394 femmes) débutaient leur internat en médecine générale en Ile de France au premier novembre 2012. Concernant les données utiles à cette thèse 195 internes ont répondu à T1, 182 à T2, 133 à T3 et 139 à T4. Ont été retenus pour l'analyse uniquement les internes ayant répondu à au moins deux temps sur les quatre.

1.1 Diagramme de flux



*concernant les données utiles à cette thèse

1.2 Données socio démographiques

Tableau n°5 : Données sociodémographiques des internes aux 4 temps de l'étude
(n=nombre de sujets)

		T1 (n=124)	T2 (n=136)	T3 (n=101)	T4 (n=102)
Sexe	Hommes	17,9%	18,7%	15%	18,8%
	Femmes	82,1%	81,3%	85%	81,2%
Statut marital	Célibataires	41,1%	36,7%	71,3%	35,3%
	En couple	58,9%	63,3%	28,7%	64,7%
Niveau socio-prof	Parents ayant fait des études supérieures	81,4%	81,1%	78%	75,6%
	Bac et moins	18,6%	18,9%	22%	24,4%

La différence de répartition observée entre la population parente (30%F / 70%H) est significativement différente de celle observée dans cette étude (18%F / 82%H) avec $p < 0,01$ selon le test de Khi2.

L'âge moyen des internes à leur entrée dans l'étude « InternLife » (T0) était de 25,5 ans.

1.3 Données professionnelles

Il existe six différents types de stages dans le cursus de médecine générale : urgences, ambulatoire, gynécologie, pédiatrie, médecine adulte et les stages dits « libres ».

Tableau n°6 : Répartition des internes en fonction du type de stage aux 4 temps de l'étude

	T1 (n=124)	T2 (n=136)	T3 (n=101)	T4 (n=102)
Ambulatoire	0,8%	1,5%	39%	50,0%
Gynécologie	0,8%	1,5%	2%	1,0%
Libre	6,5%	1,5%	13,7%	8,8%
Médecine adulte	43,5%	43,4%	13,6%	11,8%
Pédiatrie	6,5%	3,6%	24%	24,5%
Urgences	41,9%	48,5%	7,7%	3,9%

Tableau n°7 : Charge de travail et satisfaction des internes aux différents temps de l'étude

	T1 (n=124) m (ET)	T2 (n=136) m (ET)	T3 (n=101) m (ET)	T4 (n=102) m (ET)
Nb d'heures travaillées par semaine	55,6 (10,069)	60,6 (10,088)	53,4 (14,463)	47 (17,205)
Satisfaction (scores de 0 à 10)	7 (1,946)	7,2 (1,646)	7,7 (2,116)	7,3 (2,080)
Nb de gardes par mois	3,1 (1,945)	3,4 (2,173)	2 (1,893)	2,1 (2,090)
Nb de semaines de vacances par semestre	2 (1,147)	3,7 (1,538)	2,2 (1,051)	3,7 (1,221)
Nb de weekend libres par mois	1,8 (0,708)	1,8 (0,724)	2,4 (1,113)	2,7 (1,263)

2 Concernant le burnout

Un des objectifs de cette étude était d'observer l'évolution du burnout au cours des deux premières années de l'internat de médecine générale.

Pour rappel, le MBI ne permet pas de mesurer un score global de burnout, chaque dimension est donc interprétée séparément. Cependant, il est souvent admis dans la littérature qu'un burnout sévère correspond à un score élevé dans la dimension « épuisement émotionnel » et/ou dans la dimension « dépersonnalisation », définition que nous utiliserons également dans notre analyse.

Il faut également noter qu'un niveau de burnout élevé concernant l'accomplissement personnel correspond à un faible score.

2.1 T1

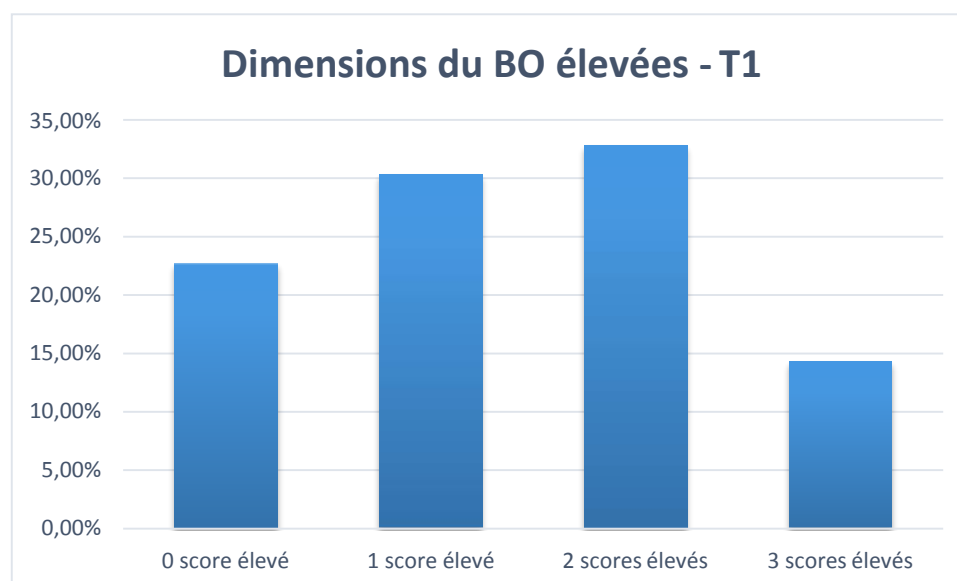
D'après la définition du burnout sévère décrite ci-dessus, à T1 67,2% des internes interrogés présentent un burnout d'après ces critères.

Tableau n°8 : Distribution des scores de burnout à T1

Scores de BO	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Faible	19,3%	12,6%	31,9%
Moyen	36,2%	26,9%	33,6%
Elevé	44,5%	60,5%	34,5%

A T1, 44,5% des internes présentaient un score élevé d'épuisement émotionnel, 60,5% un score élevé de dépersonnalisation et 34,5% un accomplissement personnel faible.

Figure n°4 : Représentation des internes selon le nombre de dimensions du burnout élevées à T1 (N=119)



A T1, 22,7% des internes n’avaient aucune dimension du burnout élevée, 30,3% une seule dimension élevée, 32,7% deux dimensions élevées et 14,3% les trois dimensions élevées.

2.2 T2

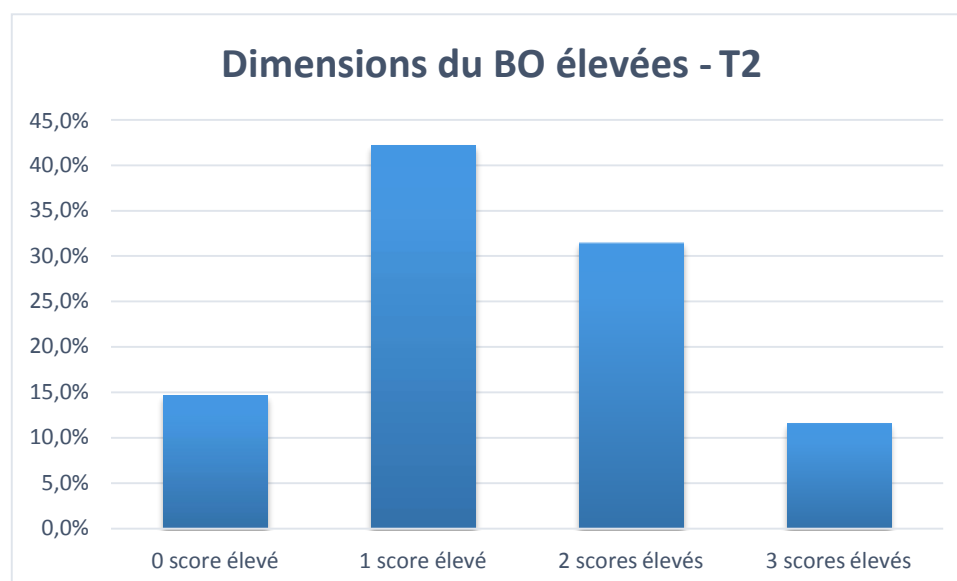
D’après la définition établie du burnout, 74,8% des internes présentent un burnout à T2.

Tableau n°9 : Distribution des scores de burnout à T2

Scores de BO	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Score faible	18,3%	5,3%	32,1%
Score moyen	35,1%	29,0%	39,7%
Score élevé	46,6%	65,7%	28,2%

A T2, 46,6% des internes présentaient un score élevé d’épuisement émotionnel, 65,7% un score élevé de dépersonnalisation et 28,2% un accomplissement personnel faible.

Figure n° 5 : Représentation des internes selon le nombre de dimensions du burnout élevées à T2 (N=130)



A T2, 14,7% des internes n’avaient aucune dimension du burnout élevée, 42,2% une seule dimension élevée, 31,5% deux dimensions élevées et 11,6% les trois dimensions élevées.

2.3 T3

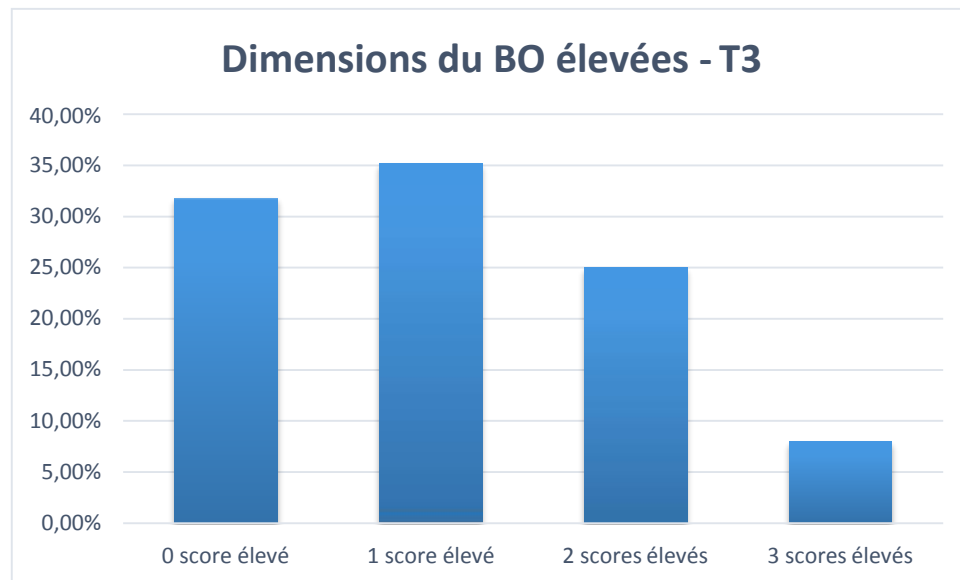
D’après la définition établie du burnout, 62,9% des internes présentent un burnout à T3.

Tableau n°10 : Distribution des scores de burnout à T3

Scores de BO	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Score faible	30,3%	14,6%	40,5%
Score moyen	41,6%	27,0%	38,2%
Score élevé	28,1%	58,4%	21,3%

A T3, 28,1% des internes présentaient un score élevé d'épuisement émotionnel, 58,4% un score élevé de dépersonnalisation et 21,3% un accomplissement personnel faible.

Figure n°6 : Représentation des internes selon le nombre de dimensions du burnout élevées à T3 (N=88)



A T3, 31,8% des internes n'avaient aucune dimension du burnout élevée, 35,2% une seule dimension élevée, 25% deux dimensions élevées et 8% les trois dimensions élevées.

2.4 T4

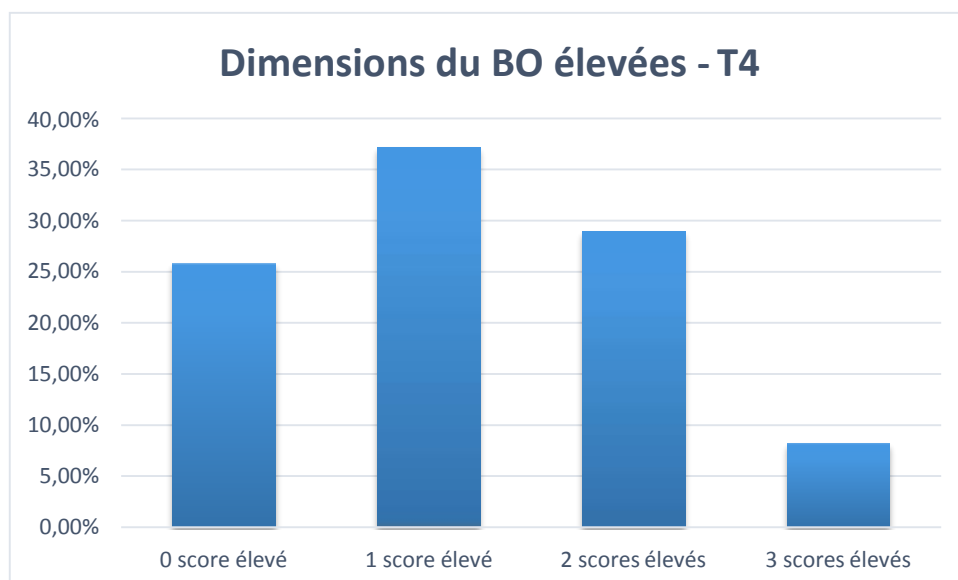
D'après la définition établie du burnout, 66% des internes présentent un burnout à T3.

Tableau n°11 : Distribution des scores de burnout à T4

Scores de BO	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Score faible	30,9%	9,3%	48,5%
Score moyen	30,9%	29,9%	30,9%
Score élevé	38,2%	60,8%	20,6%

A T4, 38,2% des internes présentaient un score élevé d'épuisement émotionnel, 60,8% un score élevé de dépersonnalisation et 20,6% un accomplissement personnel faible.

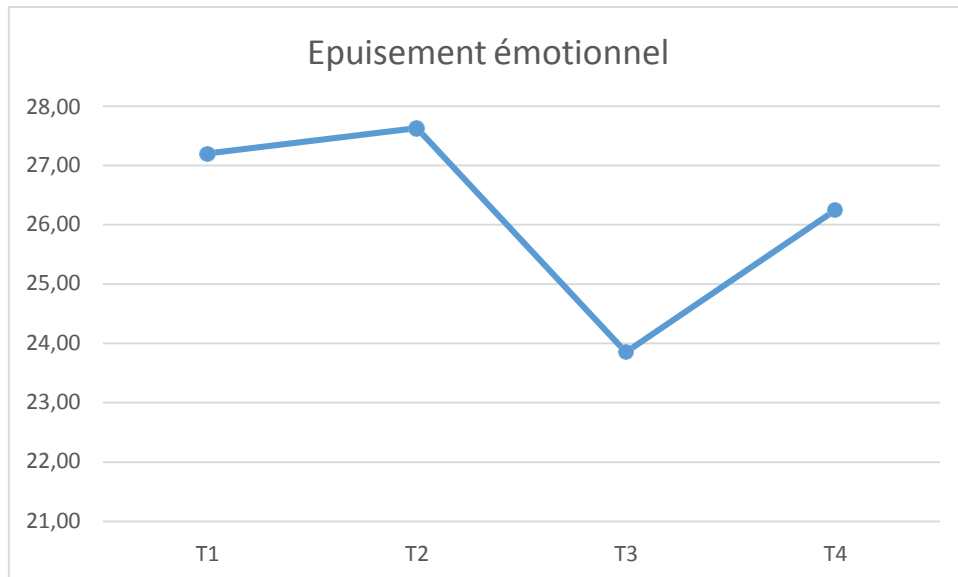
Figure n°7 : Représentation des internes selon le nombre de dimensions du burnout élevées à T4 (N=97)



A T4, 25,8% des internes n'avaient aucune dimension du burnout élevée, 37,1% une seule dimension élevée, 28,9% deux dimensions élevées et 8,2% les trois dimensions élevées.

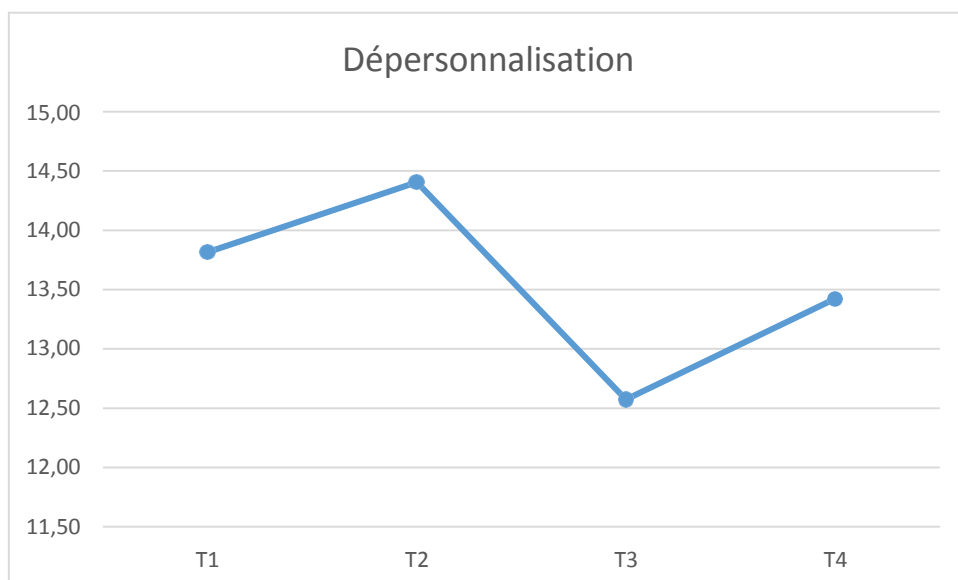
2.5 Evolution du burnout au cours de l'étude

Figure n°8 : Evolution de la dimension épuisement émotionnel au cours des 4 temps de l'étude



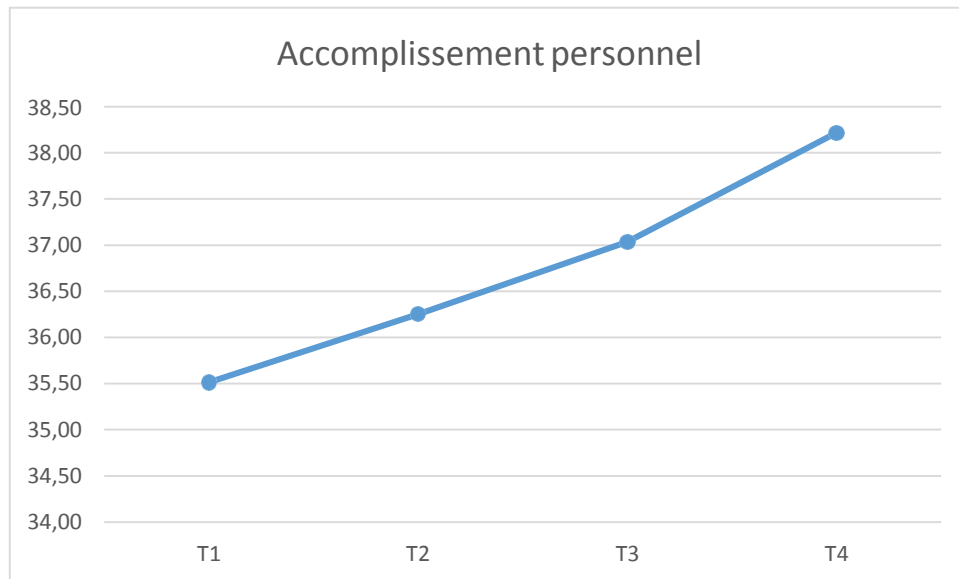
La diminution de l'épuisement émotionnel au cours des deux premières années d'internat de MG n'est pas statistiquement significative ($p = 0,119$).

Figure n°9 : Evolution de la dimension dépersonnalisation au cours des 4 temps de l'étude



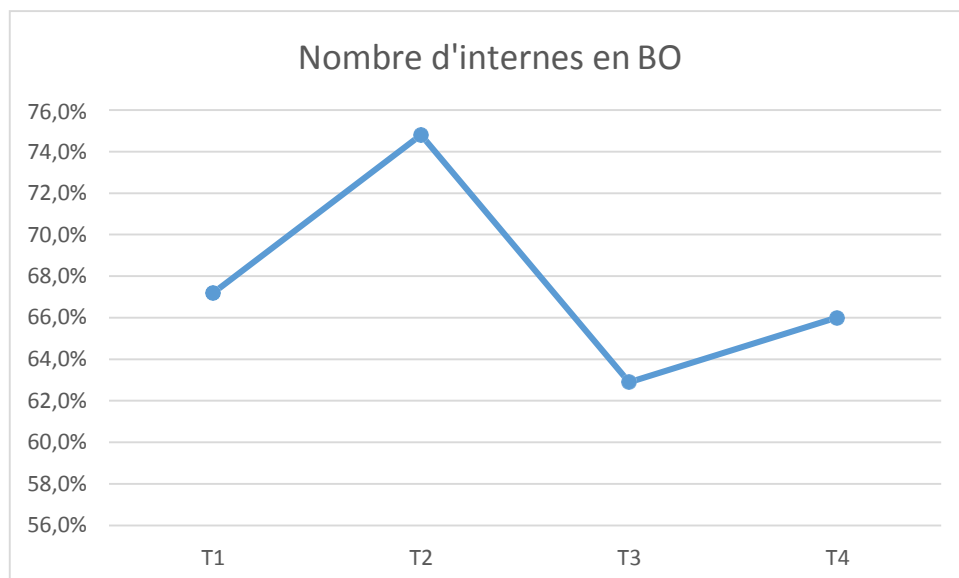
La diminution de la dimension dépersonnalisation au cours des deux premières années d'internat de MG n'est pas statistiquement significative ($p = 0,395$).

Figure n°10 : Evolution de la dimension accomplissement personnel au cours des 4 temps de l'étude



L'accomplissement personnel augmente de façon significative (0,009) au cours des deux premières années d'internat de MG.

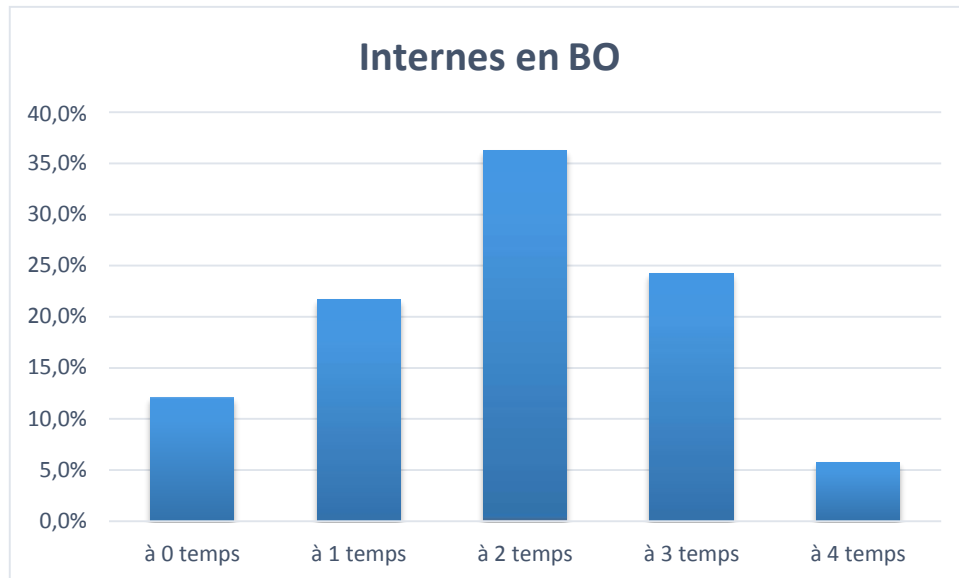
Figure n°11 : Evolution du burnout au cours des 4 temps



L'évolution du nombre d'internes en BO au cours des deux premières années d'internat n'est pas significative. En considérant qu'un score élevé dans la dimension épuisement émotionnel

et/ou dans la dimension dépersonnalisation correspond à un burnout, 67,2% des internes interrogés présentent un burnout à T1, 74,8% à T2, 62,9% à T3 et 66% à T4.

Figure n°12 : Représentation du nombre de fois où les internes ont présenté un burnout au cours de l'étude



Au cours de l'ensemble des quatre temps de l'étude 12,1% des internes n'ont jamais présenté de burnout, 21,7% ont présenté un burnout à 1 temps, 36,3% à 2 temps, 24,2% à 3 temps et 5,7% des internes interrogés étaient en burnout aux 4 temps de l'étude.

3 Concernant l'empathie

Le deuxième objectif de cette thèse était d'évaluer l'évolution de l'empathie au cours des deux premières années d'internat de médecine générale.

Rappelons que l'empathie est un concept subjectif complexe dont les échelles de mesures sont dimensionnelles et ne permettent donc pas de donner des fourchettes où l'on pourrait décrire l'empathie d'un individu comme « faible, modérée ou élevée » par exemple. Les scores obtenus seront donc évoqués en termes de moyennes.

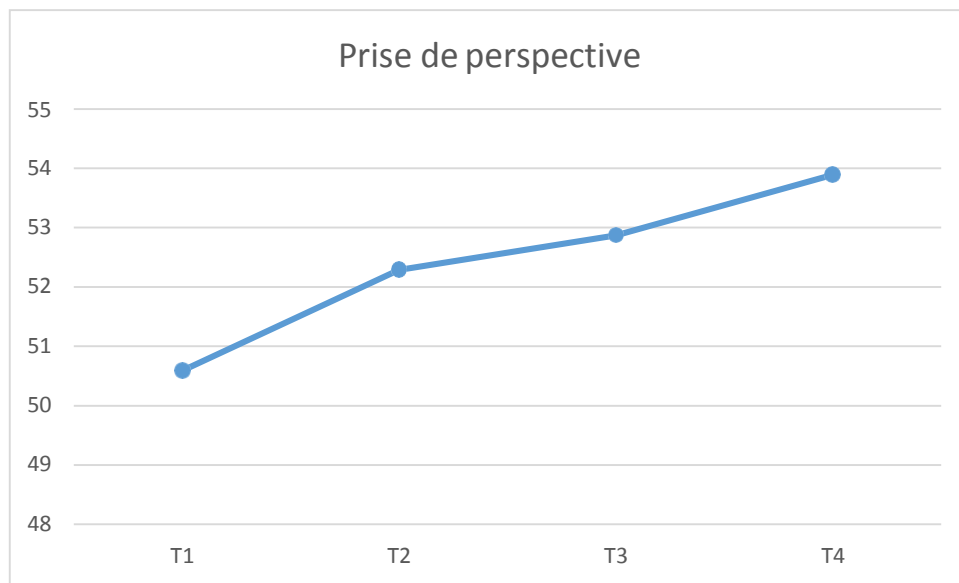
Tableau n°12 : Moyennes des scores d'empathie dans les 3 dimensions aux 4 temps de l'étude

	Prise de perspective m (ET)	Compréhension émotionnelle m (ET)	Se mettre à la place m (ET)
T1	50,6 (7,638)	44,3 (5,460)	10,4 (1,954)
T2	52,3 (7,044)	44,2 (5,244)	10,1 (2,320)
T3	52,9 (7,025)	44,4 (5,567)	10,7 (1,827)
T4	53,9 (7,136)	45,2 (5,555)	10,9 (1,883)

m = moyenne

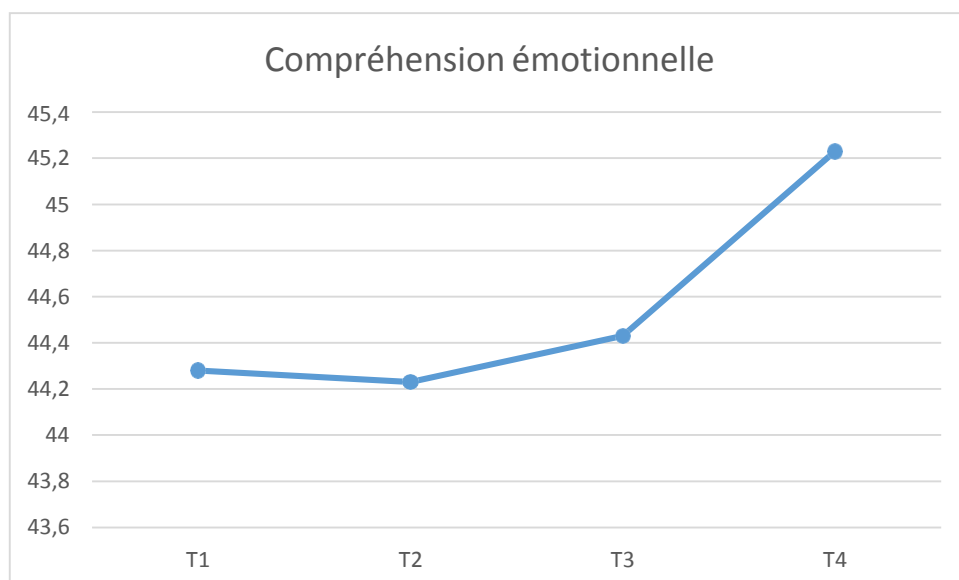
ET = écart type

Figure n°13 : Evolution de la dimension prise de perspective au cours des 4 temps de l'étude



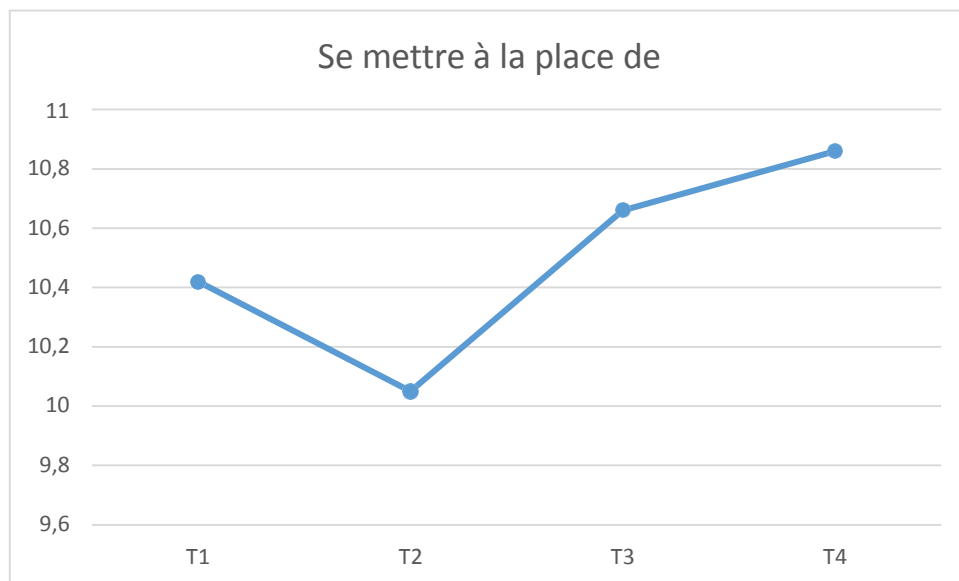
La dimension prise de perspective augmente de façon significative ($p = 0,012$) au cours des deux premières années d'internat de MG.

Figure n°14 : Evolution de la dimension compréhension émotionnelle au cours des 4 temps de l'étude



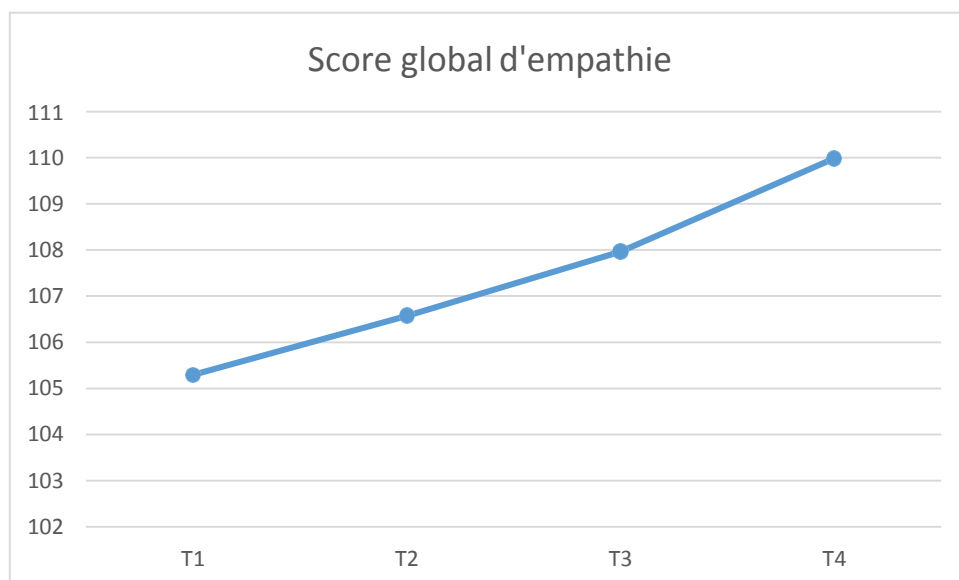
L'augmentation de la dimension compréhension émotionnelle, bien que tendancielle, n'est pas significative ($p=0,06$) au cours des deux premières années d'internat de MG.

Figure n°15: Evolution de la dimension se mettre à la place de au cours des 4 temps de l'étude



L'évolution de la dimension se mettre à la place du patient n'est pas significative ($p=0,24$) au cours des deux premières années d'internat de MG.

Figure n°16 : Evolution du score global d'empathie au cours des 4 temps de l'étude



L'empathie augmente de façon statistiquement significative ($p=0,007$) au cours des deux premières années d'internat de médecine générale en Ile de France.

4 Lien entre empathie et burnout

Le troisième objectif de cette thèse était d'étudier le lien entre empathie et burnout.

4.1 T1

Tableau n°13 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau d'épuisement émotionnel

Dimensions	EE faible m (ET) (n=22)	EE élevé m (ET) (n=53)	p
Prise de perspective	49,1 (8,494)	51,6 (6,993)	0,187
Compréhension émotionnelle	44,9 (5,826)	43,1 (5,241)	0,252
A la place du patient	10,2 (2,130)	10,3 (1,950)	0,901

Il n'existe pas de lien significatif entre épuisement émotionnel et empathie à T1.

Tableau n°14 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau de dépersonnalisation

Dimensions	Dép faible m (ET) (n=15)	Dép élevée m (ET) (n=75)	p
Prie de perspective	50,2 (8,817)	51,1 (6,618)	0,669
Compréhension émotionnelle	47,2 (3,821)	43,0 (5,565)	0,007
A la place du patient	10,4 (1,639)	10,3 (2,025)	0,09

Les internes présentant une dépersonnalisation élevée à T1 ont des scores de compréhension émotionnelle significativement plus faibles.

Tableau n°15 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau d'accomplissement personnel

Dimensions	AP élevé m (ET) (n=36)	AP faible m (ET) (n=40)	p
Prise de perspective	53,0 (7,383)	48,3 (5,885)	0,003
Compréhension émotionnelle	44,6 (5,597)	43,5 (5,335)	0,367
A la place du patient	10,8 (1,929)	9,7 (1,935)	0,02

Les internes présentant un fort accomplissement personnel à T1 présentent des scores d'empathie dans les dimensions prise de perspective et se mettre à la place du patient significativement plus élevés.

4.2 T2

Tableau n°16 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau d'épuisement émotionnel

Dimensions	EE faible m (ET) (n=24)	EE élevé m (ET) (n=61)	p
Prise de perspective	50,0 (7,012)	53,8 (6,862)	0,026
Compréhension émotionnelle	44,4 (4,652)	44,6 (5,869)	0,897
A la place du patient	9,8 (2,729)	10,3 (2,363)	0,424

Les internes présentant un épuisement émotionnel élevé à T2 ont des scores de prise de perspective significativement plus élevés.

Tableau n°17 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau de dépersonnalisation

Dimensions	Dép faible m (ET) (n=7)	Dép élevée m (ET) (n=86)	p
Prise de perspective	55,6 (7,913)	52,7 (6,961)	0,305
Compréhension émotionnelle	44,7 (3,592)	43,9 (5,452)	0,694
A la place du patient	10,0 (2,517)	10,1 (2,292)	0,929

Il n'existe pas de lien significatif entre dépersonnalisation et empathie à T2.

Tableau n°18 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau d'accomplissement personnel

Dimensions	AP élevé m (ET) (n=42)	AP faible m (ET) (n=37)	p
Prise de perspective	54,5 (7,282)	48,9 (5,129)	0,000
Compréhension émotionnelle	45,2 (5,337)	42,7 (4,666)	0,033
A la place du patient	10,3 (2,325)	9,3 (2,434)	0,046

Plus les internes ont un accomplissement personnel élevé, plus leurs scores d'empathie sont significativement élevés et ce dans toutes les dimensions.

4.3 T3

Tableau n°19 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau d'épuisement émotionnel

Dimensions	EE faible m (ET) (n=26)	EE élevé m (ET) (n=24)	p
Prise de perspective	51,7 (8,082)	51,9 (7,732)	0,92
Compréhension émotionnelle	43,6 (6,197)	45,3 (4,930)	0,298
A la place du patient	10,9 (1,623)	10,5 (1,978)	0,367

Il n'existe pas de lien significatif entre épuisement émotionnel et empathie à T3.

Tableau n°20 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau de dépersonnalisation

Dimensions	Dép faible m (ET) (n=13)	Dép élevée m (ET) (n=49)	p
Prise de perspective	52,2 (9,362)	52,9 (6,913)	0,764
Compréhension émotionnelle	45,2 (4,816)	44,3 (5,881)	0,596
A la place du patient	10,7 (1,601)	10,6 (1,871)	0,832

Il n'existe pas de lien significatif entre dépersonnalisation et empathie à T3.

Tableau n°21 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau d'accomplissement personnel

Dimensions	AP élevé m (ET) (n=34)	AP faible m (ET) (n=19)	p
Prise de perspective	54,5 (6,995)	50,7 (8,459)	0,081
Compréhension émotionnelle	44,4 (6,051)	42,3 (6,263)	0,231
A la place du patient	11,1 (1,552)	10,6 (1,924)	0,272

Il n'existe pas de lien significatif entre accomplissement personnel et empathie à T3.

4.4 T4

Tableau n°22 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau d'épuisement émotionnel

Dimensions	EE faible m (ET) (n=29)	EE élevé m (ET) (n=35)	p
Prise de perspective	53,3 (7,658)	56,2 (6,268)	0,102
Compréhension émotionnelle	45,6 (4,981)	45,0 (7,046)	0,691
A la place du patient	11,3 (1,645)	11,0 (2,051)	0,602

Il n'existe pas de lien significatif entre épuisement émotionnel et empathie à T4.

Tableau n°23 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau de dépersonnalisation

Dimensions	Dép faible m (ET) (n=9)	Dép élevée m (ET) (n=54)	p
Prise de perspective	53,2 (6,667)	53,9 (6,177)	0,762
Compréhension émotionnelle	46,3 (4,848)	44,5 (5,706)	0,377
A la place du patient	11,4 (2,128)	10,6 (1,956)	0,247

Il n'existe pas de lien significatif entre dépersonnalisation et empathie à T4.

Tableau n°24 : Comparaison de moyennes des scores d'empathie selon le niveau d'accomplissement personnel

Dimensions	AP élevé m (ET) (n=43)	AP faible m (ET) (n=17)	p
Prise de perspective	56,6 (6,960)	51,4 (6,717)	0,010
Compréhension émotionnelle	46,3 (6,142)	44,0 (5,431)	0,191
A la place du patient	11,4 (1,905)	10,7 (1,693)	0,151

Les internes ayant un accomplissement personnel élevé ont des scores de prise de perspective significativement plus élevés.

4.5 Corrélation entre empathie et burnout aux 4 temps

Tableau n°25 : Corrélations bi variées entre prise de perspective et épuisement émotionnel

	T1_EE	T2_EE	T3_EE	T4_EE
T1_PP	NS	0,24*	NS	NS
T2_PP	NS	0,22*	NS	NS
T3_PP	NS	NS	NS	NS
T4_PP	0,27*	NS	NS	NS

*p<0,05 **p<0,01

Il existe un lien de corrélation positif entre les dimensions prise de perspective à T1 et T2 et épuisement émotionnel à T2 ainsi que entre épuisement émotionnel à T1 et prise de perspective à T4.

Tableau n°26 : Corrélations bi variées entre prise de perspective et dépersonnalisation

	T1_Dep	T2_Dep	T3_Dep	T4_Dep
T1_PP	NS	NS	NS	NS
T2_PP	NS	NS	NS	NS
T3_PP	NS	NS	NS	-0,26*
T4_PP	0,3*	NS	NS	NS

Il existe ici un lien de corrélation négatif entre prise de perspective à T3 et dépersonnalisation à T4 : plus les scores de la dimension prise de perspective sont élevés plus ceux de dépersonnalisation sont faibles et inversement. Il existe par ailleurs un lien de corrélation positif entre dépersonnalisation à T1 et prise de perspective à T4.

Tableau n°27 : Corrélations bi variées entre prise de perspective et accomplissement personnel

	T1_AP	T2_AP	T3_AP	T4_AP
T1_PP	0,27**	0,27**	0,38**	NS
T2_PP	0,25*	0,34**	0,26*	NS
T3_PP	NS	0,27*	0,31**	NS
T4_PP	NS	NS	NS	0,25*

Les corrélations entre les dimensions prise de perspective et accomplissement personnel aux différents temps de l'étude sont fortement positives. Plus la dimension empathique prise de perspective est élevée plus les scores d'accomplissement personnel sont élevés.

Tableau n°28 : Corrélations bi variées entre compréhension émotionnelle et épuisement émotionnel

	T1_EE	T2_EE	T3_EE	T4_EE
T1_Comp E.	NS	0,23*	NS	NS
T2_Comp E.	-0,21*	NS	NS	NS
T3_Comp E.	NS	NS	NS	NS
T4_Comp E.	NS	NS	NS	NS

Lien de corrélation positif entre la dimension compréhension émotionnelle à T1 et l'épuisement émotionnel à T2. Mais également lien de corrélation négatif entre l'épuisement émotionnel à T1 et la compréhension émotionnelle à T2.

Tableau n°29 : Corrélations bi variées entre compréhension émotionnelle et dépersonnalisation

	T1_Dep	T2_Dep	T3_Dep	T4_Dep
T1_Comp E.	-0,39**	NS	NS	NS
T2_Comp E.	-0,29**	NS	NS	NS
T3_Comp E.	NS	NS	NS	NS
T4_Comp E.	NS	NS	NS	NS

Il existe un lien de corrélation négatif fortement significatif entre compréhension émotionnelle à T1 et T2 et la composante dépersonnalisation à T1. Plus les scores de compréhension émotionnelle sont élevés plus les scores de dépersonnalisation sont faibles.

Tableau n°30 : Corrélations bivariées entre compréhension émotionnelle et accomplissement personnel

	T1_AP	T2_AP	T3_AP	T4_AP
T1_Comp E.	NS	NS	NS	-0,3*
T2_Comp E.	0,22*	NS	NS	NS
T3_Comp E.	NS	NS	NS	NS
T4_Comp E.	NS	NS	NS	NS

Lien de corrélation positif entre accomplissement personnel à T1 et compréhension émotionnelle à T2. A contrario le lien de corrélation entre compréhension émotionnelle à T1 et accomplissement personnel à T4 est négatif.

Tableau n°31 : Corrélations bi variées entre se mettre à la place du patient et épuisement émotionnel

	T1_EE	T2_EE	T3_EE	T4_EE
T1_SmP	NS	0,22*	NS	NS
T2_SmP	NS	NS	NS	-0,25*
T3_SmP	NS	NS	NS	NS
T4_SmP	NS	NS	NS	NS

Il existe un lien de corrélation positif entre la composante empathique se mettre à la place du patient à T1 et l'épuisement émotionnel à T2. Et inversement le lien de corrélation est négatif entre la composante se mettre à la place du patient à T2 et l'épuisement émotionnel à T4.

Tableau n°32 : Corrélations bi variées entre se mettre à la place du patient et dépersonnalisation

	T1_Dep	T2_Dep	T3_Dep	T4_Dep
T1_SmP	-0,23*	NS	NS	NS
T2_SmP	NS	NS	NS	NS
T3_SmP	NS	NS	NS	-0,24*
T4_SmP	NS	NS	NS	NS

Il existe un lien de corrélation négatif entre la composante se mettre à la place du patient et la dimension dépersonnalisation à T1, ainsi qu'entre la dimension se mettre à la place du patient à T3 et dépersonnalisation à T4.

Tableau n°33 : Corrélations bi variées entre se mettre à la place du patient et accomplissement personnel

	T1_AP	T2_AP	T3_AP	T4_AP
T1_SmP	0,29**	NS	0,36**	NS
T2_SmP	0,2*	0,18*	NS	NS
T3_SmP	NS	NS	NS	NS
T4_SmP	NS	NS	NS	NS

Les liens de corrélations sont fortement positifs entre la dimension se mettre à la place du patient à T1 et T2 et celle accomplissement personnel à T1, T2 et T3.

4.6 Analyse en sous-groupes

Quatre sous-groupes ont été définis en fonction du statut des internes vis-à-vis du burnout à T1 et T4. Seuls les internes ayant répondu au moins à T1 et T4 ont été retenus pour cette analyse.

Tableau n°34 : Répartition des personnes en BO à T4 selon leur état à T1

		T4	
		BO -	BO +
T1	BO -	14 (61%)	9 (39%)
	BO +	10 (23%)	33 (77%)

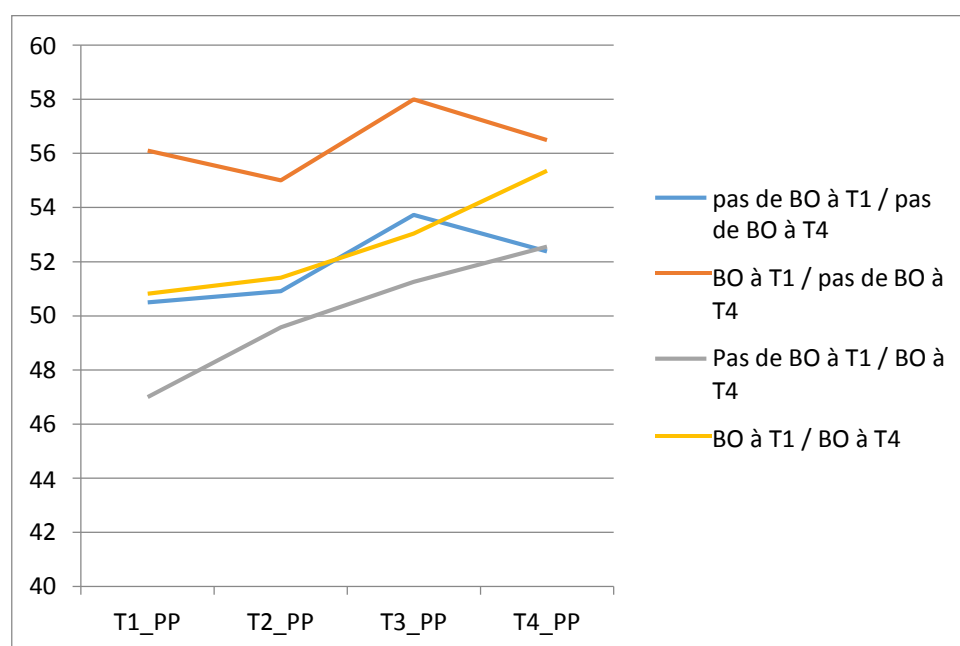
39% des internes qui n'étaient pas en burnout à T1 le sont à T4, et 77% de ceux qui étaient en burnout à T1 le sont toujours à T4.

Tableau n°35 : Moyenne de l'ensemble des dimensions de l'empathie par sous-groupes

Sous-groupes	PP m (ET)	Comp E. m (ET)	SmP m (ET)
BO - à T1/ BO - à T4 (n=13)	51,7 (5,413)	46,0 (2,900)	10,6 (1,458)
BO + à T1 / BO - à T4 (n=9)	55,9 (7,756)	46,2 (4,471)	11,4 (1,283)
BO - à T1 / BO + à T4 (n=7)	51,2 (6,058)	42,4 (5,220)	11,1 (0,819)
BO + à T1 / BO + à T4 (n=28)	52,2 (5,780)	44,4 (4,439)	10,1 (1,556)

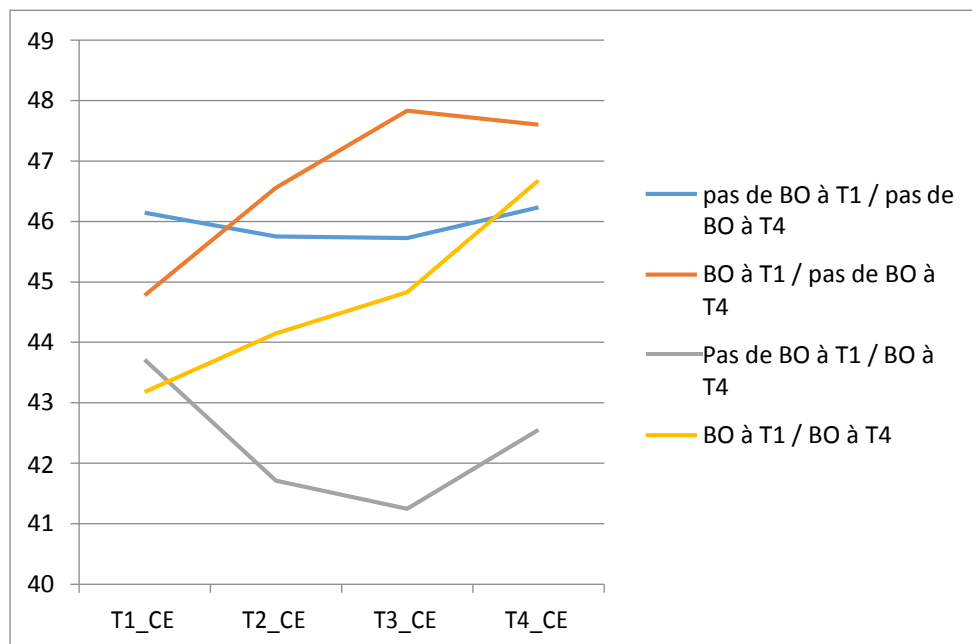
Tous temps confondus, les sous-groupes ont des moyennes significativement différentes uniquement concernant la dimension se mettre à la place du patient.

Figure n°17 : Evolution de la dimension prise de perspective pour chaque sous-groupe



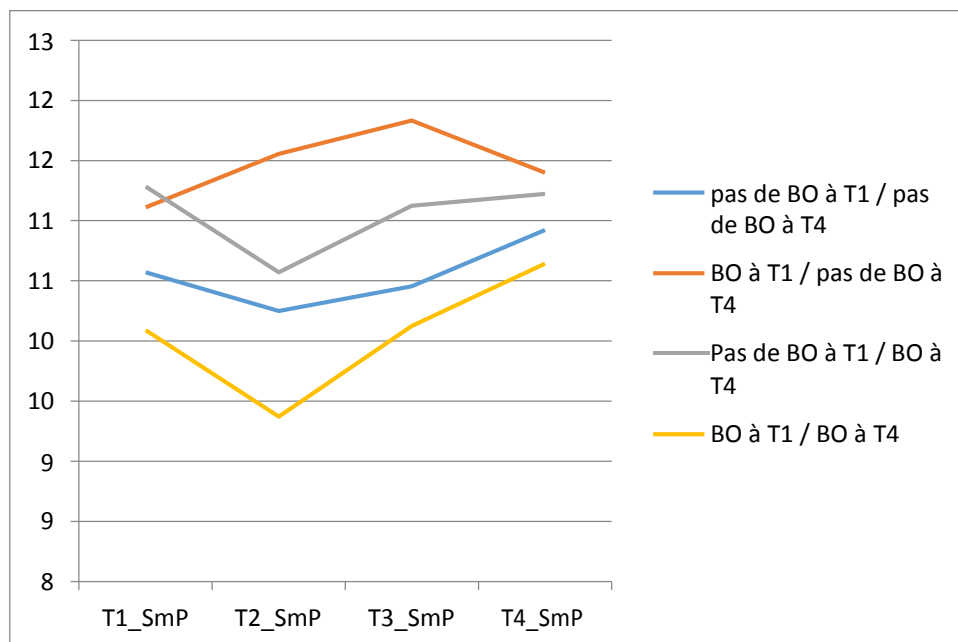
L'évolution de la prise de perspective est significative uniquement pour le sous-groupe étant en BO à T1 et à T4 ($p=0,008$) : la dimension prise de perspective augmente de façon significative chez les internes en BO à la fois à T1 et à T4.

Figure n°18 : Evolution de la dimension compréhension émotionnelle pour chaque sous-groupe



La compréhension émotionnelle augmente de façon significative pour le sous-groupe étant en BO à T1 et plus à T4 ($p=0,05$) et dans le sous-groupe étant en BO à la fois à T1 et à T4.

Figure n°19 : Evolution de la dimension se mettre à la place du patient pour chaque sous-groupe



L'évolution de la dimension se mettre à la place de n'est significative pour aucun des sous-groupes.

4.7 « Le modèle croisé-décalé »

Lors d'une analyse longitudinale, certains modèles très complexes permettent de rechercher une prédiction dynamique entre différentes variables. Dans le cadre de notre étude un des objectifs était donc de mettre en évidence l'existence d'une prédiction dynamique entre les différentes dimensions de l'empathie et du burnout. Ces différentes analyses ont été effectuées par le Pr Gana (professeur de psychologie de la santé, Bordeaux).

Un premier modèle prenant en compte le score total d'empathie mesurée par la JSPE et l'épuisement émotionnel aux quatre temps, retrouvait deux résultats significatifs. Premièrement un effet positif de l'empathie à T1 sur l'épuisement à T2 (avec un coefficient de 0,23) : plus l'empathie à T1 est importante plus le risque d'épuisement émotionnel à T2 est élevé. Le deuxième résultat significatif retrouve un effet négatif de l'empathie à T3 sur l'épuisement émotionnel à T4 (avec un coefficient de -0,32) : plus l'empathie est élevée à T3 plus le risque d'épuisement émotionnel à T4 est faible.

Cependant, en poursuivant ces analyses avec des modèles encore plus spécifiques, aucun des coefficients retrouvés n'est significatif.

1 Concernant les résultats

1.1 Le burnout

D'une manière globale, et de façon encore plus marquée sur les deux premiers temps de notre étude, nous retrouvons des scores de burnout plus élevés que dans la littérature dans les trois dimensions (3).

Le fait que nos scores de burnout soient globalement plus élevés que ceux de la littérature (à l'exception de l'accomplissement personnel à T3 et T4 qui recoupent les scores retrouvés dans la littérature) peut s'expliquer par des biais de sélection. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, peut-être que les internes touchés par le burnout étaient plus enclins à répondre au questionnaire malgré sa durée, afin de faire entendre leur désarroi. A l'inverse les internes moins touchés par ce syndrome ne se sentaient peut-être pas suffisamment concernés pour remplir le questionnaire à au moins deux temps de l'étude. Concernant le sexe la plupart des études ne retrouvent pas de liens significatifs vis-à-vis des trois dimensions du burnout, la surreprésentation féminine dans notre étude n'influe donc probablement pas sur ce résultat.

Concernant l'évolution du burnout aux quatre temps de l'étude, les dimensions épuisement émotionnel et dépersonnalisation ainsi que le score global de burnout n'évoluent pas de façon significative. Seul l'accomplissement personnel progresse de façon significative au cours de ces deux premières années. Cela peut s'expliquer par le fait que les internes grandissent et donc évoluent, devenant plus matures et plus accomplis deux ans après leur début d'internat. Le fait que seule cette dimension évolue contrairement aux deux autres et au score global de burnout pourrait appuyer les auteurs qui affirment que l'accomplissement personnel ne devrait pas être considéré comme une dimension du burnout (128). Par ailleurs, il n'existe pas à notre connaissance d'autre étude étudiant l'évolution du burnout au cours des années d'internat.

D'autre part, le fait d'être en burnout à T1 est statistiquement corrélé au fait d'être en burnout à T4, et inversement le fait de ne pas être en burnout à T1 est également corrélé au fait de ne

pas être en burnout à T4. Ceci peut souligner l'aspect chronique de ce syndrome et les difficultés de prise en charge une fois installé. La prévention s'avère donc encore une fois primordiale.

1.2 L'empathie

D'une manière globale, et de façon encore plus marquée sur les deux premiers temps de notre étude, nous retrouvons des scores d'empathie plus faibles que dans la littérature (39)(54)(129). Ces résultats sont cependant difficilement comparables, la plupart des études ayant été réalisées chez des internes anglo-saxons de toutes spécialités, exerçant souvent dans de prestigieuses cliniques privées.

Au cours des quatre temps de l'étude « InternLife », le score global de l'empathie a augmenté de 4,69 points, et ce de façon significative ($p=0,007$) passant de 105,29 à T1 à 109,98 à T4 (tests de significativité réalisés sur échantillons appariés entre T1 et T4). L'empathie augmente donc au cours des deux premières années de l'internat de médecine générale. Ce résultat va à l'encontre de la plupart de ceux retrouvés dans la littérature, qui montrent plus souvent une baisse (117) ou l'absence de modification significative de l'empathie au cours de l'internat (54). En prenant les trois sous-dimensions de l'empathie, on constate que seule la prise de perspective, correspondant principalement à l'empathie cognitive, augmente de façon significative, augmentant de 3,3 points ($p=0,012$) entre T1 et T4. L'évolution des deux autres dimensions, correspondant principalement à l'empathie émotionnelle, n'est pas statistiquement significative. Nous pensons pouvoir expliquer cela en partie par le fait que notre étude, contrairement aux autres, concerne uniquement les internes de médecine générale. Hors comme nous l'avons vu la place de l'empathie est centrale, principalement en médecine générale, et sûrement plus que dans d'autres spécialités. Les internes de médecine générale seraient donc plus enclins que les autres à développer leurs capacités empathiques. Mais cette augmentation pourrait également être due à un biais de sélection : en effet, les internes étudiés ont répondu à au moins deux temps de l'étude, et pour certains aux quatre temps, malgré la longueur du questionnaire. On peut donc penser que ces internes sont particulièrement intéressés par le sujet, et donc plus enclin à travailler leur capacités empathiques. Par ailleurs, à T3 et T4 les internes sont majoritairement en stage ambulatoire de niveau 1, premier stage d'interne en médecine de ville, et donc souvent beaucoup plus enclins à travailler la relation médecin-patient et donc l'empathie, que lors d'un stage hospitalier où le patient est souvent d'avantage mis à distance.

Il serait donc intéressant de voir si cette augmentation de l'empathie se poursuit avec la fin de l'étude « InternLife », qui permettra alors d'avoir une vue globale sur les trois années d'internat de médecine générale en Ile de France, puis à Bordeaux.

1.3 Lien entre empathie et burnout

L'existence d'un lien de corrélation entre empathie et burnout a souvent été démontrée dans la littérature, comme nous l'avons vu précédemment. Notre étude est la première permettant d'analyser l'empathie, le burnout et leur lien de façon longitudinale au cours de l'internat de médecine générale en France. Et l'un des objectifs était d'affiner la connaissance du lien entre empathie et burnout en l'étudiant de façon longitudinale.

Pour rappel, il existe trois hypothèses concernant le lien entre empathie et burnout (112) :

- Le burnout inhibe l'empathie.
- L'empathie engendre le burnout.
- L'empathie protège du burnout.

Les résultats de notre étude ne permettent malheureusement pas de démontrer l'une ou l'autre de ces hypothèses.

L'ensemble des analyses réalisées dans notre étude fait ressortir principalement le lien de corrélation positif entre les différentes dimensions de l'empathie et la dimension accomplissement personnel du burnout. Plus les scores d'empathie sont élevés, plus l'accomplissement personnel est élevé et donc le score de burnout bas concernant cette dimension. Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature (27)(25)(47). Il s'agit cependant bien d'un lien de corrélation positif, mais pas d'un lien de causalité entre empathie et burnout.

Il existe bien sur d'autres résultats significatifs, mais qui sont retrouvés de façon moins systématique au cours des quatre temps, ce qui peut laisser supposer que certains résultats seraient d'avantage dus au hasard. Il faut donc être vigilant concernant l'interprétation de ces résultats.

La compréhension émotionnelle ressort à plusieurs reprises comme négativement corrélée à la dépersonnalisation. Les sujets les plus dépersonnalisés présentent une capacité empathique plus

faible concernant la compréhension émotionnelle. Le lien de corrélation entre ces dimensions a déjà été mis en évidence dans la littérature (97)(115).

Un résultat, retrouvé à la fois sur les comparaisons de moyennes entre les scores d'empathie et de burnout et dans la recherche de corrélation entre les différentes dimensions de l'empathie et du burnout aux quatre temps, nous a particulièrement surpris : l'existence d'un lien positif entre prise de perspective et épuisement émotionnel. C'est-à-dire que plus l'empathie est élevée dans sa dimension prise de perspective, dimension souvent considérée comme correspondant à l'empathie cognitive, plus le burnout est élevé concernant l'épuisement émotionnel. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'empathie, même dans sa dimension cognitive, fragilise le médecin et le rend plus à risque de s'épuiser. Cette hypothèse selon laquelle un niveau élevé d'empathie pourrait causer ce que certains appellent une « fatigue de compassion » ou « compassion fatigue » et donc entraîner épuisement et burnout, est généralement soutenue par les auteurs estimant que l'empathie émotionnelle, se rapprochant de la compassion, rend à risque de surinvestissement émotionnel et donc d'épuisement. Seuls quelques rares auteurs estiment que l'empathie dans son ensemble, et donc également cognitive, présente ce même risque (35). Ce résultat allant à l'encontre de ce que nous apporte la littérature à ce sujet est donc à interpréter avec prudence.

Nous retrouvons également à certains moments des résultats contradictoires. En effet en fonction des différents temps analysés nous retrouvons l'existence de liens de corrélation à la fois positifs et négatifs concernant deux mêmes variables. C'est le cas par exemple de la compréhension émotionnelle avec l'épuisement émotionnel, mais aussi de la composante se mettre à la place du patient avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Ceci peut s'expliquer soit par des « aléas statistiques » du fait de la répétition des mesures, soit en imaginant que l'influence bilatérale de l'empathie et du burnout n'est pas linéaire, mais bien plus complexe, avec une influence pouvant être à la fois positive et négative en fonction du contexte et de l'intensité de chaque variable.

Si l'analyse longitudinale de cette étude n'a pas pu prouver l'une ou l'autre des hypothèses de base, et ce malgré l'utilisation de modèles croisé-décroisés permettant une recherche spécifique de « prédiction dynamique », elle montre bien la complexité du lien existant entre empathie et burnout. Cette complexité vient sans aucun doute, au moins en partie, de la complexité à définir déjà de façon isolée ces deux variables. On peut également penser que le lien entre empathie et burnout n'est pas à sens unique, mais que ces deux variables peuvent s'influencer mutuellement de façon positive ou négative.

Peut-être que la poursuite d'investigations à ce sujet, avec des études de plus grande envergure, pourra permettre un jour de démontrer un lien de causalité entre empathie et burnout. Cependant, avec nos résultats actuels, il semble qu'aucune de ces trois hypothèses ne soit ni erronée ni complètement juste. Il nous semble probable que l'influence de ces deux variables soit bilatérale et donc à double tranchant. L'objectif pour chacun étant donc de trouver le juste équilibre pour sa pratique personnelle.

2 A propos de la méthodologie

2.1 Limites et biais de l'étude

2.1.1 Population

Notre population cible était l'ensemble des internes de médecine générale d'Ile de France débutant leur internat en novembre 2012. D'après les données de l'ARS ils étaient 164 hommes (soit environ 30%) et 394 femmes (soit environ 70%) dans cette situation. Sur ce point notre population n'est pas comparable à celle d'origine, la différence de répartition observée entre la population parente (30%F / 70%H) étant significativement différente de celle observée dans cette étude (18%F / 82%H). Notre population comporte donc bien plus de femmes, peut-être parce que celles-ci se sentent plus concernées par le sujet, ce qui représente donc un biais de sélection entraînant une diminution de la représentativité de la population pouvant influencer nos résultats.

Par ailleurs, cette étude est basée sur le volontariat, impliquant donc un biais de sélection non négligeable. En effet, on peut facilement supposer que les internes ayant accepté de répondre au questionnaire, et à fortiori à au moins deux temps, se sentaient concernés par le sujet et présentaient une volonté de se faire entendre pour faire évoluer leur statut. D'autre part, on peut supposer que les internes les plus épuisés aient moins pris le temps de répondre à ce long questionnaire. Certains internes nous ont également fait des remarques au sujet de questions jugées parfois trop personnelles, la crainte (infondée) d'un non-respect de l'anonymat a donc pu entraîner une diminution du nombre de réponses chez les internes présentant des difficultés souvent jugées par eux-mêmes comme honteuses.

Il faut noter également que notre population est composée uniquement d'internes de médecine générale franciliens, et diffère donc de l'ensemble des internes de médecine générale de France. En effet, il est souvent admis que les conditions de vie en Ile de France sont plus difficiles qu'en province, concernant du moins le prix des loyers, l'absence de logement en internat, le temps passé dans les transports etc.

Il est donc difficile à l'heure actuelle de pouvoir généraliser nos résultats. Mais l'étude « InternLife » se prolongeant à Bordeaux, cela permettra peut-être d'y voir plus clair.

2.1.2 Biais de mesure

2.1.2.1 Auto-questionnaire

Notre étude est fondée sur un questionnaire à remplir directement en ligne par les internes, représentant une réelle facilité de réponse. Cependant le fait de répondre sur internet présente également certains inconvénients induisant des biais, comme les possibles difficultés de concentration liées à l'environnement pouvant induire un manque d'implication voire même des réponses automatiques dans le but de finir le questionnaire au plus vite (et ce d'autant plus que le temps de réponse à l'intégralité du questionnaire est d'environ 30minutes) mais également l'impossibilité de contrôler l'identité de celui qui répond, et la possibilité pour un même interne de répondre plusieurs fois (cela est arrivé mais a pu être ajusté si l'interne répondait correctement, grâce à un système d'identification avec les premières lettres du prénom de la mère et le jour de naissance).

Il s'agit d'un auto questionnaire, ce qui amène un biais d'évaluation évident lié à la subjectivité des réponses. L'ensemble des réponses des internes est lié à leurs perceptions concernant les variables évaluées. Concernant le burnout, un interne véritablement épuisé pourra refuser d'admettre sa souffrance (de façon consciente ou non) et donc minimiser ses réponses à ce sujet. A l'inverse, un interne fatigué pourra majorer ses réponses sur ce sujet dans l'espoir d'être entendu et de faire évoluer la situation. Concernant l'empathie, il existe un biais de désirabilité. En effet, l'empathie étant globalement considérée comme une véritable qualité du médecin, certains internes pourraient avoir tendance à surévaluer leurs réponses ou à se penser plus empathique qu'ils ne le sont réellement.

2.1.2.2 Mesure de l'empathie

Comme nous l'avons vu, l'empathie est un concept subjectif complexe, dont la définition est controversée et mouvante. La mesurer n'est donc pas quelque chose d'objectif et de rigoureux au sens scientifique du terme, mais de complexe et controversé, induisant donc forcément des biais d'évaluation et d'interprétation.

Lors de la validation en français de la JSPE la traduction du questionnaire a engendré des doubles négations dans une volonté de respecter l'échelle originale, mais rendant parfois sa compréhension moins évidente. Le coût cognitif est donc important, pouvant peut-être induire des réponses plus automatiques ou moins réfléchies, faussant une partie des réponses.

Bien que l'empathie évaluée par la JSPE soit corrélée à l'empathie du médecin ressentie par le patient (JSPPE) (130), il ne faut pas perdre de vue le risque de surestimation des réponses induite par un désir de l'interne d'être plus empathique, ou de se penser plus empathique qu'il ne l'est en pratique.

2.1.2.3 Mesure du burnout

Comme nous l'avons vu précédemment, une des difficultés dans l'évaluation du burnout est qu'il n'existe pas de score global. Avec l'utilisation du MBI chaque dimension doit donc être interprétée séparément. Dans la littérature certains auteurs considèrent qu'un score élevé d'épuisement émotionnel et/ou de dépersonnalisation correspond à un burnout élevé (88). Nous nous sommes servi de cette définition dans l'analyse des résultats de cette thèse, mais bien qu'utilisée dans la littérature, il faut garder en tête l'absence de consensus sur ce point. Par ailleurs l'utilisation de l'accomplissement personnel comme dimension du burnout est contestée par certains auteurs (128), mais nous l'avons étudié comme tel devant l'absence de consensus.

Comme pour l'empathie, il s'agit bien d'un concept très complexe, pour lequel obtenir définition et outils de mesure consensuels n'est pas encore d'actualité.

2.2 Points forts de l'étude

2.2.1 Etude longitudinale

L'originalité de cette étude et un de ses principaux atouts tiennent à son aspect longitudinal, permettant une meilleure puissance statistique. Il n'existe à notre connaissance aucune autre étude longitudinale évaluant le burnout et l'empathie chez les internes de médecine générale.

2.2.2 Le protocole

Le protocole utilisé ici est composé exclusivement d'outils validés et régulièrement utilisés dans la littérature scientifique.

La longueur du questionnaire ne présente heureusement pas que des points négatifs, il permet en effet une analyse assez exhaustive concernant l'empathie, le burnout, mais également d'autres variables comme le stress, la dépression, les addictions etc. Il serait d'ailleurs intéressant, à terme, de réaliser une synthèse des différentes thèses qui ont vu le jour grâce à cette étude.

3 Perspectives de l'étude

3.1 Perspectives cliniques

Notre étude démontre donc que les scores d'empathie augmentent de façon significative au cours des deux premières années d'internat de médecine générale, et ce particulièrement dans la dimension prise de perspective. Ce résultat, qui va à l'encontre de ceux retrouvés dans la littérature est particulièrement intéressant et encourageant. En effet, comme nous l'avons vu, l'empathie a été reconnue comme faisant partie intégrante des compétences du médecin généraliste. Depuis une formation et une information tend à se développer lors du cursus médical et plus particulièrement chez les internes de médecine générale. Cette formation, relativement récente et n'existant à priori que pour les internes de médecine générale et pas (ou

peu) chez les internes d'autres spécialités, pourrait donc expliquer l'augmentation des scores d'empathie au cours des deux premières années d'internat de médecine générale, contrairement à ce qui était retrouvé chez les internes d'autres spécialités. Il n'existe pas actuellement de consensus concernant la formation à l'empathie, et son enseignement reste très hétérogène d'une faculté à l'autre, mais il nous semble primordial de continuer à former et informer les étudiants dès le début de leurs études médicales, et de continuer à explorer les diverses façons d'enseigner l'empathie (9) afin de définir au mieux quelle méthode d'enseignement de l'empathie serait la plus efficace.

Les résultats concernant le burnout montrent que seule la dimension accomplissement personnel augmente de façon significative. Il n'y a pas de modifications significatives des autres dimensions ni du score global de burnout d'après la définition que nous avons utilisée. Par ailleurs nous avons démontré que le fait d'être en burnout à T1 est corrélé de façon significative au fait d'être en burnout à T4, et inversement le fait de ne pas être en burnout à T1 est également corrélé de façon significative au fait de ne pas être en burnout à T4. Cela peut donc confirmer l'aspect chronique de ce syndrome et les difficultés de prise en charge une fois installé. Il faut donc encore une fois souligner l'importance de la prévention primaire concernant le burnout (96).

Le lien de causalité entre empathie et burnout, et particulièrement l'influence de l'empathie sur le burnout, reste à démontrer. Cependant nous restons convaincus, à titre personnel, qu'une empathie maîtrisée et donc correctement dosée, pourrait être protectrice du burnout. Apprendre aux internes à développer leurs capacités empathiques de façon maîtrisée pourrait donc les aider à être de meilleurs médecins tout en les protégeant du fléau du burnout.

3.2 Perspectives de recherche

Notre étude est la première à étudier à la fois l'évolution de l'empathie et du burnout chez les internes de médecine générale, et ce au cours des deux premières années de leur internat. C'est la première fois qu'une étude longitudinale est réalisée pour étudier plus précisément le lien entre empathie et burnout. Malheureusement nos données ne nous ont pas permis de conclure à un lien de causalité existant entre les deux, probablement par manque de puissance. Il aurait en effet été intéressant de pouvoir suivre l'ensemble des internes au cours de leurs trois années d'internat, et à tous les temps d'évaluation. Nous n'avons gardé dans notre analyse tous les

internes ayant répondu à au moins deux temps sur les quatre, car le nombre d'internes ayant répondu aux quatre temps était trop faible pour pouvoir espérer obtenir des résultats satisfaisants. Il serait donc intéressant à l'avenir de pouvoir réaliser une cohorte de plus grande ampleur, avec moins de perdus de vue au cours de l'étude, permettant de suivre tous les internes tout au long de leurs trois années d'internat, et même pourquoi pas après, dans leur vie professionnelle de jeune médecin généraliste. Cela permettrait d'analyser l'évolution de l'empathie et du burnout, sur échantillons appariés à chaque temps, au cours de cette importante transition.

Par ailleurs, nous savons que de nombreuses variables influencent le burnout (comme le manque de temps consacré aux loisirs, le manque de soutien au travail, le stress, l'anxiété, mais aussi les différentes stratégies de coping (96)) et l'empathie (125). Il serait donc surement utile de réaliser une autre analyse en multivarié, utilisant les données de l'étude « InternLife » au cours des trois années d'internat concernant les variables influençant l'empathie et le burnout, comme les données sociodémographiques, le temps accordé à la vie privée et aux loisirs ou encore les conditions d'exercice professionnel. Ceci permettrait d'affiner la recherche du lien de causalité entre empathie et burnout, qui n'a pu être mis en évidence lors de notre étude.

L'empathie et le burnout sont deux notions complexes et pas toujours aisées à définir. Etudier le lien qui les unit s'avère donc d'autant plus difficile. L'existence d'un lien de corrélation entre ces deux variables a déjà été démontrée à de nombreuses reprises. Cependant il reste encore beaucoup de travail pour réussir à préciser le sens de ce lien, afin d'essayer de démontrer qu'un lien de causalité les unit surement.

CONCLUSION

L'importance du burnout chez les professionnels de santé et son impact sur leurs vies professionnelles et personnelles ne sont plus à démontrer. Cette étude a permis de souligner que les internes de médecine générale franciliens sont particulièrement vulnérables face à ce phénomène, présentant des scores nettement supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature. Cependant notre étude a également permis de montrer que le burnout a tendance à diminuer au cours des deux premières années de d'internat de médecine générale, avec une majoration de l'accomplissement personnel. Cette évolution au cours de l'internat de médecine générale est très encourageante, et sera à confirmer avec la fin de l'étude « InternLife ».

Contrairement à ce qu'on pouvait attendre d'après les données de la littérature, l'empathie progresse au cours de ces deux premières années. Ce résultat nous semble positif, l'empathie étant désormais reconnue comme faisant partie intégrante du professionnalisme du médecin, et participant à la qualité de la relation médecin-patient. Les internes de médecine générale, devant s'occuper du patient dans sa globalité, sont probablement plus enclins à développer leur empathie que les internes d'autres spécialités, d'avantage centrés sur un organe malade que sur le patient et son vécu.

De nombreuses études transversales ont déjà permis de montrer l'existence d'un lien entre empathie et burnout. Notre étude est originale par son aspect longitudinal. Un des objectifs était donc d'affiner les connaissances du lien existant entre empathie et burnout, et d'explorer les trois hypothèses existant à ce sujet : le burnout inhibe l'empathie / l'empathie engendre le burnout / l'empathie protège du burnout. Aucune de ces hypothèses n'a cependant pu être confirmée ou infirmée par notre étude. Ceci peut s'expliquer par un possible manque de puissance de nos analyses statistiques, mais également parce que le lien entre empathie et burnout est peut-être bien plus complexe que ne le laissent supposer ces hypothèses.

Quoiqu'il en soit, les connaissances concernant ces deux sujets doivent continuer à se développer afin de mieux maîtriser les enjeux qui en découlent. Il faut en effet tout mettre en œuvre pour combattre le burnout avant même qu'il existe, afin de mieux maîtriser ses conséquences personnelles, professionnelles mais aussi collectives. La prévention primaire semble de loin la plus efficace face à la chronicité du phénomène et aux difficultés rencontrées pour le surmonter.

Quant à l'empathie, nous restons persuadés qu'elle doit être quelque chose de bénéfique dans la pratique de la médecine générale, tant pour le patient que pour le médecin. Elle doit en effet permettre au patient de se sentir écouté et compris par son médecin, renforçant la relation de confiance et facilitant donc sa compliance à la thérapeutique proposée par le médecin. Quant au médecin, nous sommes convaincus qu'une empathie adaptée doit lui permettre de mieux comprendre son patient et ainsi de pouvoir plus facilement adapter sa thérapeutique, sans pour autant qu'il s'identifie ou ressente la douleur d'autrui afin de ne pas se faire dépasser par ses émotions, ce qui le ferait basculer vers une fatigue de compassion puis vers un burnout. Ainsi la relation médecin-patient serait plus équilibrée, centrée sur une confiance mutuelle et bien plus satisfaisante pour le patient mais également pour le médecin, le protégeant du risque d'épuisement professionnel. Tout ceci reste encore assez théorique, les différentes hypothèses concernant l'influence de l'empathie sur le burnout n'ayant pas encore été démontrée. Il nous semble donc que l'objectif serait de trouver la juste définition de l'empathie dans la pratique clinique, afin de trouver le bon équilibre, permettant une relation de communication de qualité avec le patient, tout en protégeant le médecin de l'épuisement professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie Médicale. Masson Paris. 1980;
2. Satterfield JM, Becerra C. Developmental Challenges, Stressors and Coping Strategies in Medical Residents: a Qualitative Analysis of Support Groups. Med Educ. 2010 Sep;44(9):908–16.
3. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine; 2011.
4. Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarère J, Moreau A. Relation médecin-malade : qu'attendent les patients ? Investigation par méthode « Focus group ». Rev Prat Médecine Générale. 2003;17(612):653–6.
5. Mantz J-M, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Académie Natl Médecine [Internet]. 2006 Jun 20 [cited 2013 Dec 7]; Available from: http://www.academie-medecine.fr/upload/anciens/rapports_287_fichier_lie.rtf
6. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med. 2001 Apr;76(4):390–3.
7. Le Houezec F. Discours de la science, discours du sujet. Médecine [Internet]. 2007 mai [cited 2014 Oct 7];3(5). Available from: https://www-jle-com.frodon-biusante.parisdescartes.fr/fr/revues/med/e-docs/discours_de_la_science_discours_du_sujet_274349/article.phtml?tab=texte
8. Baillargeon P, Pinsof WM, Leduc A. Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. Rev Eur Psychol Appliquée. 2005;55(3):137–43.
9. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine? Revue de la littérature et proposition d'outils pédagogiques [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Lyon]: Université Claude Bernard Faculté de Médecine; 2011.
10. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2002 Oct 1;n° 29(2):213–37.
11. L'empathie, l'alliance thérapeutique et leurs implications. Cours de Psychologie de l'Université Paris Descartes. [Internet]. [cited 2013 Jul 12]. Available from: http://psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie_etc.doc
12. Vischer R. Ueber das optische Fromgefühl: ein Beitrag zur Aesthetik. H. Credner; 1873. 70 p.
13. Elie M. De l'Einfühlung à l'empathie. Temporel Rev Litt Artist [Internet]. 2012 Sep [cited 2014 Jan 24];(14). Available from: <http://temporel.fr/De-l-Einfuehlung-a-l-empathie-par>

14. Montag MD, Gallinat MD, Heinz MD. Theodor Lipps and the Concept of Empathy: 1851–1914. *Am J Psychiatry*. 2008 Oct 1;165(10):1261–1261.
15. Brunel M-L, Martiny C. Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers [Internet]. [cited 2013 Jun 18]. Available from: <http://carl-rogers.fr/Les%20conceptions%20de%20l'empathie.pdf>
16. Georgieff N. L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *Psychiatr Enfant*. 2009 Mar 24;Vol. 51(2):357–93.
17. Rogers C. Les caractéristiques d'une Approche centrée sur la personne. *Rev Francoph Int ACP* [Internet]. [cited 2014 Mar 20]; Available from: <http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html>
18. Rogers C. Empathique: qualification d'une manière d'être non appréciée à sa juste valeur. *ACP Prat Rech Rev Francoph Int Approche Centrée Sur Pers* [Internet]. [cited 2013 Jul 12]; Available from: <http://carl-rogers.fr/Empathique.pdf>
19. Berthoz A, Jorland G. *Empathie (L')*. Odile Jacob; 2004. 321 p.
20. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Image J Nurs Sch*. 1992;24(4):273–80.
21. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy1. *J Pers*. 1972;40(4):525–43.
22. De Vignemont F. L'empathie, des réponses aux questions majeures. *J Psychol*. 2011 May 10;n° 286(3):16–9.
23. Rizzolatti G, Craighero L. Mirror neuron : a neurological approach to empathy. *Res Persectives Neurosci*. 2005;107–23.
24. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ., Gonnella J., Erdmann J., et al. The Jefferson Scale of Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 2001;(61):349–65.
25. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes [Internet]. 2007 [cited 2014 Oct 6]. Available from: <http://books.google.fr/books?hl=en&lr=&id=Kj3NxGwZ9zkC&oi=fnd&pg=PR15&dq=Empathy+in+Patient+Care:+Antecedents,+Development,+Measurement,+And+Outcomes&ots=wljGyML7sl&sig=Q7X6zbshGbFJ1q6rENFwdjP1dOY#v=onepage&q=Empathy%20in%20Patient%20Care%3A%20Antecedents%2C%20Development%2C%20Measurement%2C%20And%20Outcomes&f=false>
26. Hojat M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. 2002 Sep 1;159(9):1563–9.
27. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):670–4.

28. Damasio AR. L'erreur de Descartes [Internet]. Odile Jacob. 1997 [cited 2014 Oct 3]. Available from:
<http://books.google.fr/books?hl=en&lr=&id=gvss5LgdWGEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=L%E2%80%99erreur+de+Descartes&ots=QSKVyPfifU&sig=xQ4tokZgz7A9DMk8cas4Ct7sR3U#v=onepage&q=L%E2%80%99erreur%20de%20Descartes&f=false>
29. Velluet L. Conférence Permanente de la Médecine générale. Le champ de la subjectivité. Editoo.com; 2002.
30. Tisseron S. L'empathie au coeur du jeu social. Albin Michel. 2010.
31. Favre D, Joly J, Reynaud C, Salvador LL. Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfance*. 2005 Dec 1;Vol. 57(4):363–82.
32. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Br Med J BMJ*. 1991 Nov 30;303(6814):1385–7.
33. Vallée JP, Gallois P. La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale, ou sa réelle, préoccupation ? *Médecine*. 2006 Jan;2(1).
34. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1996.
35. Macnaughton J. The dangerous practice of empathy. *The Lancet*. 2009 Jun;373(9679):1940–1.
36. Carr MF. Passionate deliberation: Emotion, temperance, and the care ethic in clinical moral deliberation. Springer. 2001.
37. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524–30.
38. Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*. 2009;75(1):3_10.
39. Fernandez-Olano C, Montoya-Fernandez J, Salinas-Sanchez AS. Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Med Teach*. 2008;30(3):322–4.
40. Krasner MS, Epstein R., Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009 Sep 23;302(12):1284–93.
41. Buffel du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des médecins généralistes et de leur pratique [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Paris]: Université Paris Descartes Faculté de Médecine; 2012.
42. Fabre de Morlhon O. L'empathie en DCEM2: les capacités empathiques sont-elles améliorées grâce au module "formation à la relation médecin-malade" un groupe Balint pour étudiant? Etude analytique quantitative avec groupe témoin [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Paris]: Pierre et Marie Curie; 2010.

43. Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents. *J Grad Med Educ.* 2009 Dec;1(2):231–5.
44. Blanco MA, Maderer A, Price LL, Epstein SK, Summergrad P. Efficiency is not enough; you have to prove that you care: Role modelling of compassionate care in an innovative resident-as-teacher initiative. *Educ Health.* 2013;26(1):60.
45. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain JC. Formation initiale à la relation médecin-patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine.* 2011;7(8):381–5.
46. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloski JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med.* 2002;77(10):S58–60.
47. Zenasni F, Boujut E, Buffel du Vaure C, Catu-Pinault A, Tavani JL, Rigal L, et al. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of general practitioners. *Int J Pers Centered Med.* 2012;2(4):759–66.
48. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2007 Jul 25;7(1):24.
49. Davis MH. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. 1980;85.
50. Boudjemadi V. L'agisme: étude de la nature, des théories explicatives et des mesures directes et indirectes d'un phénomène psychosocial. [Nancy]: Nancy-Université; 2009.
51. Reniers RL, Corcoran R, Drake R, Shryane NM, Völlm BA. The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *J Pers Assess.* 2011;93(1).
52. Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale Development and Initial Validation of a Factor-Analytic Solution to Multiple Empathy Measures. *J Pers Assess.* 2009 Jan;91(1):62–71.
53. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord.* 2004;34(2):163–75.
54. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach.* 2002;24(4):370–3.
55. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA.* 2002 Jun 19;287(23):3143–6.
56. Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med.* 2005;80(2):164–7.

57. West CP, Huntington JL, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, et al. A prospective study of the relationship between medical knowledge and professionalism among internal medicine residents. *Acad Med.* 2007;82(6):587–92.
58. Yang KT, Yang JH. A study of the effect of a visual arts-based program on the scores of Jefferson scale for physician empathy. *BMC Med Educ.* 2013;13(1):142.
59. Hoffman A. Burn out: biographie d'un concept. *Santé Conjug.* 2005 avril;(32).
60. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974;30(1):159–65.
61. Freudenberger H. L'épuisement professionnel: La Brûlure interne. Québec: Gaétan Morin; 1987.
62. Tissot S-A-D. De la santé des gens de lettres [Internet]. Chez Franç. Grasset & comp.; 1769. 296 p. Available from: http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=MzcgN2YJDm8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=de+la+sant%C3%A9+des+gens+de+lettres&ots=T63pnT-XaT&sig=1vD2E-sOy4_uSke-ylt6XtxAG60#v=onepage&q=de%20la%20sant%C3%A9%20des%20gens%20de%20lettres&f=false
63. Villermé LR. Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. Editions de l'Atelier; 1989. 674 p.
64. Guinod M. Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Créteil]: Université Paris Val de Marne Faculté de Médecine; 2006.
65. Veil C. States of exhaustion. *Concours Méd.* 1959 Jun 6;81(23):2675–6.
66. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. *Hum Relat.* 1982 Apr 1;35(4):283–305.
67. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach burnout inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol.* 1986;42(3):488–92.
68. Mazas Weyne L. Evaluation du BO chez les externes de DCEM2 de Paris Descartes [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Paris]: Université Paris Descartes Faculté de Médecine; 2012.
69. Maslach C. Burned out. *Hum Behav.* 1976;5:16–22.
70. Fantin G. Prévalence du burn out et facteurs associés : étude prospective de six mois, dans un cabinet de groupe de médecine générale, en Ile de France [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Paris]: Université Paris Descartes Faculté de Médecine; 2013.
71. Cherniss C. Staff Burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage; 1980.
72. Freudenberger H, Richelson G. The high cost of high achievement. New York: Anchor Press; 1980.

73. Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York, NY, US: Free Press; 1988. 257 p.
74. Bibeau G, Dussault G, Larouche L, Lippel K, Saucier J, Vézina M, et al. Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout. Montréal: Confédération des Syndicats Nationaux; 1989.
75. Côté L, Edwards H, Benoit N. S'épuiser et en guérir: Analyse de deux trajectoires selon le niveau d'emploi. *Rev Int Sur Trav Société*. 3(2):835–65.
76. Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: de l'analyse du burnout aux réponses. 3e édition. Paris: Masson; 2004.
77. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99–113.
78. Baumann F. Burn out: quand le travail rend malade. 3e édition. Paris: J.Lyon; 2013.
79. Deschamps FJ. Le karoshi ou mort par excès de travail. *Concours Méd*. 115(6):482–3.
80. Grantham H. Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel. *Ann Méd-Psychol*. 1985;143(8).
81. Selye H. The stress of life. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1956. 324 p.
82. Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: Recent developments in theory and research. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis; 1993. p. 1–16.
83. Martin F, Poyen D, Boudier E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P, et al. Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals. *Int J Occup Environ Health*. 1997 Jul 1;3(3):204–9.
84. Firth H, McKeown P, McIntee J, Britton P. Burnout and professional depression: related concepts? *J Adv Nurs*. 1986;11(6):633–41.
85. Mommersteeg P, Heijnen CJ, Verbraak MJ, Van Doomen LJ. Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31(2):216–25.
86. Spickard, Jr A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002 Sep 25;288(12):1447–50.
87. Mouries R, Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. Comité Prévention Santé Publique URML Ile de France [Internet]. 2007 Jan 6 [cited 2013 Aug 15]; Available from: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
88. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 2004 Dec;33(22):1569–74.

89. Thomas NK. REsident burnout. *JAMA*. 2004 Dec 15;292(23):2880–9.
90. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. URML Champagne Ardenne [Internet]. 2002 [cited 2013 May 8]; Available from: http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf
91. Linzer M, Visser MRM, Oort FJ, Smets EMA, McMurray JE, de Haes HCJM. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. 2001 Aug;111(2):170–5.
92. Houkes I, Winants YHWM, Twellaar M. Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *J Occup Organ Psychol*. 2008;81(2):249–76.
93. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008 Aug 1;25(4):245–65.
94. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2006 Jan;81(1):82–5.
95. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):358–67.
96. Vauloup-Soupault C. Facteurs prédictifs du burnout chez les internes de médecine générale d’Ile de France [Thèse d’exercice de médecine générale]. [Paris]: Paris 5; 2014.
97. Woerner A. Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecin généralistes [Thèse d’exercice de médecine générale]. [Paris]: Université Paris Descartes Faculté de Médecine; 2013.
98. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse d’exercice de médecine générale]. [Poitiers]: Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2004.
99. Vaquin Villeminey C. Prévalence du burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles [Thèse d’exercice de médecine générale]. [Paris]: Université Paris Descartes Faculté de Médecine; 2007.
100. Larouche LM. Manifestations cliniques du “burn out” chez les médecins. *Santé Ment Au Qué*. 1985;10(2):145.
101. Lerman Y, Melamed S, Shragin Y, Kushnir T, Rotgoltz Y, Shirom A, et al. The association between burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation. *Psychosom Med*. 1999;61(6):828–33.
102. Leopold Y. Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé. *Concours Méd*. 2008;130(8):98–98.

103. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou- Charentes. URML Poitou Charentes. 2004;
104. Galam É. Burn out des médecins libéraux - 4e partie : un problème individuel, professionnel et collectif. *Médecine*. 2008 Feb 1;4(2):83–5.
105. Delbrouck M. Le burn-out du soignant: le syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck Supérieur; 2003. 288 p.
106. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 2009 Oct 5;Vol. 21(4):355–64.
107. Mounier P. Le burnout des médecins libéraux en Limousin. URML Limousin. 2010;
108. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. A Multicenter Study of Burnout, Depression, and Quality of Life in Minority and Nonminority US Medical Students. *Mayo Clin Proc*. 2006 Nov;81(11):1435–42.
109. Pittaco M. Les internes sont-ils en burn out? [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Paris]: Université Paris Descartes Faculté de Médecine; 2009.
110. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale : enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008 [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Nantes]; 2009.
111. Ernst M. Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg, Faculté de médecine; 2009.
112. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2012 Jul;62(600):346–7.
113. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. *J Gen Intern Med*. 2005;20(7):559–64.
114. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *J Gen Intern Med*. 2007 Feb 1;22(2):177–83.
115. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2010 Oct;85(10 Suppl):S33–6.
116. Truchot D, Roncari N, Bantégnie D. Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. *L'Encéphale*. 2011 Feb;37(1):48–53.

117. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents: *Acad Med*. 2011 Aug;86(8):996–1009.
118. Passalacqua SA, Segrin C. The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Commun*. 2012;27(5):449–56.
119. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract*. 2014 Jan;15(15).
120. Huggard P. Compassion fatigue: how much I give? *Med Educ*. 2003 Feb;37(2):163–4.
121. Nielsen HG, Tulinius C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? *Educ Prim Care*. 2009 Sep 1;20(5):353–9.
122. Tei S, Becker C, Kawada R, Fujino J, Jankowski KF, Sugihara G, et al. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Transl Psychiatry*. 2014;4(6).
123. Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giava RR, et al. Empathy among Medical Students: Is There a Relation with Quality of Life and Burnout? *PLoS One*. 2014 Apr;9(4).
124. Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A. Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: accuracy and association with self-care. *Psychol Health*. 2011 May;26 Suppl 1:101–17.
125. MAROT M-L. Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes en médecine générale [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris Descartes; 2015.
126. Maury A. L'empathie clinique Impact de la première année d'internat sur l'empathie, Etude de la cohorte Internlife, Fiche INDICE [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Paris]: Paris 5; 2015.
127. Deswarte P. Evaluation du risque de développement des troubles du comportement alimentaire en première année d'internat de médecine générale [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Paris]: Paris 5; 2014.
128. Bresó E, Salanova M, Schaufeli WB. In Search of the “Third Dimension” of Burnout: Efficacy or Inefficacy? *Appl Psychol*. 2007;56(3):460–78.
129. Beckman TJ, Reed DA, Shanafelt TD, West CP. Impact of resident well-being and empathy on assessments of faculty physicians. *J Gen Intern Med*. 2010;25(1):52–6.
130. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. [Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI)]. *Can J Behav Sci Can Sci Comport*. 1994;26(2):210–27.

Annexe n° 1 : Questionnaire complet utilisé pour l'étude « InternLife », l'exemple de T1

Chers participants,

Voici la suite de l'étude InternLife menée par des internes, sur les internes et pour les internes. Nous la réalisons en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes.

Objectif de l'étude

Connaître votre vécu pendant vos années d'internat.

Intérêt pour vous

Vous connaître, participer à une étude d'envergure, améliorer votre formation et votre bien-être.

Votre participation

Vous répondrez à un questionnaire sur internet lors d'une période libre de votre choix: cela prend environ 20 minutes. Nous vous rappelons qu'il est tout à fait possible de le faire en plusieurs fois en cliquant sur "enregistrer les réponses et reprendre plus tard".

Confidentialité et anonymat

Cette recherche est confidentielle et anonyme : toutes vos réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude, et ne seront ni montrées ni dites à quiconque. Un numéro d'étude (code qui comprendra votre date de naissance et les trois premières lettres du prénom de votre mère) vous sera attribué et la partie nominative nécessaire à la gestion de l'étude ne sera pas saisie lors de l'informatisation des données. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet d'une publication ou d'une communication scientifique, mais votre anonymat sera bien entendu respecté. Tous les documents et les données en lien avec cette recherche seront conservés, pour une période de cinq ans après la fin de l'étude, par les responsables de l'étude dans une armoire de leur bureau fermée à clé à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, puis seront détruits.

Volontariat

Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à n'importe quel moment, et cela sans donner de raison.

Compte-rendu des résultats

Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

Indépendamment de vos réponses, sachez qu'il existe une association professionnelle pour les médecins libéraux, numéro non surtaxé 7j/7 24h/24: 08 26 00 45 80.

Il y a 88 questions dans ce questionnaire

Caractéristiques sociodémographiques

1- Quelles sont les 3 premières lettres du prénom de votre mère?

2- Date d'aujourd'hui:

3- Numéro de votre département:

4- Sexe: ☐Homme ☐Femme

5- Age:

6- Quel est votre jour de naissance?

7- Statut marital actuel: ☐Célibataire ☐En couple et vivant ensemble ☐En couple mais vivant séparément ☐Divorcé(e)

8- Quelle est ou a été la profession principale de vos parents?

Vie Sociale

9- A combien de personnes proches (amis proches ou membre de votre famille) parlez vous habituellement par semaine?

10-En moyenne, à quelle fréquence...

	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Une à deux fois par mois	Une fois par trimestre	Jamais
...pratiquez vous une activité sportive ?					
...allez vous au restaurant ou dans des bars ?					
...allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?					

Charge de travail

11- Concernant votre travail: Dans quel stage êtes-vous actuellement? ☐ Stage ambulatoire ☐ Urgences ☐ Pédiatrie ☐ Gynécologie ☐ Médecine adulte ☐ Stage libre

12- Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à ce stage sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait) ?

13- Au cours de ce semestre, quel a été...

- Le nombre d'heures travaillées par semaine (gardes incluses) :
- Le nombre de gardes effectuées par mois :
- Le nombre de WE libres par mois :
- Le nombre de semaine(s) de vacances durant ce semestre :

14- Avez-vous eu les congés que vous désiriez durant ce semestre? ☐Oui ☐Non

15- Quelles ont été les parts en pourcentage de: Clinique..... Administrative.....Autres.....(La somme doit être égale à 100)

16- Combien de temps avez-vous passé dans les transports chaque jour ?... (minutes)

17- Avez-vous assisté ou participé à des faits qui heurtaient votre conscience professionnelle ou personnelle ? ☐ Oui ☐ Non

18- Avez-vous été agressé(e) physiquement / moralement ? ☐ Oui ☐ Non

19- Avez-vous subi du harcèlement moral ? ☐ Oui ☐ Non

20- Si oui, de la part de: ☐ équipe soignante ☐ hiérarchie ☐ patient

21- Avez-vous subi du harcèlement sexuel ? ☐ Oui ☐ Non

22 Si oui, de la part de: ☐ équipe soignante ☐ hiérarchie ☐ patient

23- En général, durant ce semestre, classez vos priorités pendant les consultations:

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 4

- Satisfaire et écouter le patient
- Trouver les bons diagnostics et traitement
- Etre efficace dans un temps imparti
- Assurer votre bien-être et vous protéger

Concernant votre alimentation

24-Durant votre vie, avez-vous suivi un régime? ☐ Oui ☐ Non

25- Si oui, combien de fois? 1, 2, 3 ou plus

26- Durant ce semestre, avez-vous suivi un régime ? ☐ Oui ☐ Non

27- Si oui, combien de fois? 1 2 3 ou plus

28- Pensez-vous manger équilibré ? ☐ Oui ☐ Non

29- Combien de fois par semaine sautez-vous des repas ?fois par semaine

30- Grignotez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

31- Taille :cm

32- Poids :kg

SCOFF

33 -Au cours de votre vie :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien "l'estomac plein"?		
Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?		
Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?		

	Oui	Non
Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous trouvent trop mince?		
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?		

FORMATION

34- Concernant votre formation:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
La formation « informelle » à l'hôpital (visites, discussions de couloir, staffs...) est prédominante par rapport à mes cours « officiels » pour ma future pratique					
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan bio-médical					
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan humain					
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan bio-médical					
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan humain					
J'ai été encouragé(e) pendant mon cursus par mes collègues					
J'ai reçu une formation spécifique sur la relation médecin-malade					

35-Concernant votre formation spécifique sur la relation médecin-malade, sous quelle forme était-ce ?

- Cours théoriques
- Jeux de rôles
- Groupes d'échanges (balint ou autre)
- Séniorisation
- Autre

36-Cet enseignement était : ☐Facultatif ☐Obligatoire

SWLS

37-Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou désaccord. Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en cochant la proposition appropriée à votre état des 3 derniers mois à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.							
Mes conditions de vie sont excellentes.							
Je suis satisfait(e) de ma vie.							
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.							
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.							

JSPE

38-Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être depuis les 3 derniers mois selon l'échelle suivante:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.							
Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.							
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.							
Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.							
J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.							
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.							
Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.							
Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.							
Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.							
Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.							
Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou							

chirurgical, ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.							
Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.							
J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.							
Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.							
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.							
Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.							
J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.							
Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.							
Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.							
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.							

HAD

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

39- Je me sens tendue ou ☐ La plupart du temps ☐ Souvent ☐ De temps en temps ☐ Jamais

40- Je prends du plaisir aux mêmes choses ☐ Oui, tout autant qu'avant ☐ Pas autant ☐ Un peu seulement ☐ Presque plus

41- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver. ☐ Oui, très nettement ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave ☐ Un peu mais cela ne m'inquiète pas ☐ Pas du tout

42- Je ris et vois le bon côté des choses. ☐ Autant que par le passé ☐ Plus rarement qu'avant ☐ Vraiment moins qu'avant ☐ Plus du tout

- 43- Je me fais du ☐Très souvent ☐Assez souvent ☐Occasionnellement ☐Très occasionnellement
- 44- Je suis de bonne ☐Jamais ☐Rarement ☐Assez souvent ☐La plupart du temps
- 45- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir ☐Oui, quoiqu'il arrive ☐Oui, en général ☐Rarement ☐Jamais
- 46- J'ai l'impression de fonctionner au ☐Presque toujours ☐Très souvent ☐Parfois ☐Jamais
- 47- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac ☐Jamais ☐Parfois ☐Assez souvent ☐Très souvent
- 48- Je ne m'intéresse plus à mon ☐Plus du tout ☐Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais ☐Il se peut que je n'y fasse plus autant attention ☐J'y prête autant d'attention que par le passé
- 49- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en ☐Oui, c'est tout à vrai ☐Un peu ☐Pas tellement ☐Pas du tout
- 50- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines ☐Autant qu'avant ☐Un peu moins qu'avant ☐Bien moins qu'avant ☐Presque jamais
- 51- J'éprouve des sensations soudaines de ☐Vraiment très souvent ☐Assez souvent ☐Pas très souvent ☐Jamais
- 52- Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision. ☐Souvent ☐Parfois ☐Rarement ☐Jamais

OCAE

53- Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec la proposition en cochant la case correspondante. (Répondez rapidement et avec sincérité)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne.				
D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans.				
En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.				
Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.				

Quand je suis peiné(e) par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.				
Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.				
Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.				
J'ai tendance à devenir nerveux(se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.				
Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.				
Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié				
Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.				
Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.				
Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.				
Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.				
Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.				
Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.				
Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.				
Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.				
Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.				
Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.				
Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.				

Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.				
Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).				
Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.				
J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.				
Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.				
Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.				
Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.				
Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.				
J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.				

54- WCC (stratégies de coping)

Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée ces trois derniers mois pour faire face au stress lié à l'internat. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans les colonnes de droite.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.	☐	☐	☐	☐
J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.	☐	☐	☐	☐
Je me suis battu pour ce que je voulais.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.	☐	☐	☐	☐
J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.	☐	☐	☐	☐

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai changé positivement.	☐	☐	☐	☐
Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.	☐	☐	☐	☐
J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.	☐	☐	☐	☐
J'ai pris les choses une par une.	☐	☐	☐	☐
J'ai espéré qu'un miracle se produirait.	☐	☐	☐	☐
J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.	☐	☐	☐	☐
Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.	☐	☐	☐	☐
Je me suis culpabilisé(e).	☐	☐	☐	☐
J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.	☐	☐	☐	☐
Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.	☐	☐	☐	☐
J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.	☐	☐	☐	☐
J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.	☐	☐	☐	☐
J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de tout oublier.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de ne pas m'isoler.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.	☐	☐	☐	☐
J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	☐	☐	☐	☐
J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.	☐	☐	☐	☐
Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).	☐	☐	☐	☐

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.	☐	☐	☐	☐

55- Utilisez-vous d'autres stratégies, non recensées dans ce questionnaire, pour faire face aux situations stressantes en rapport avec l'internat ? ☐Oui ☐Non

56- Si oui, lesquelles? Veuillez écrire votre réponse ici :....

57- **MBI**

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez depuis les 3 derniers mois ce qui est décrit à chaque item.

	Jamais	Quelque fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens que je craque à cause de mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais	Quelque fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens plein(e) d'énergie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens frustré(e).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens au bout du rouleau.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

59- IMG (échelle de stress perçu)

Voici une série d'éléments qui ont pu vous stresser depuis les 3 derniers mois. Veuillez répondre, sur une échelle de 1 à 5, si ils vous ont stressé pas du tout (1) ou beaucoup (5).

	Non vécu	Pas du tout stressant	Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
Le fait de se sentir fatigué(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La période du choix des stages	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion des familles de patients	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le rythme de travail (les horaires, l'enchaînement des journées sans repos, les gardes)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'arrivée dans un nouveau stage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le fait d'être responsable de vies humaines	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La charge de travail (le temps passé à l'hôpital)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La relation avec le chef	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La peur de faire une erreur ou de passer à côté de quelque chose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps passé en famille, avec les proches...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La relation avec l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances théoriques	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps pour gérer le quotidien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion d'une équipe soignante en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque d'expérience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps pour les loisirs ou le sport	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Non vécu	Pas du tout stressant	Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
L'indisponibilité du chef	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion d'un patient en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de sommeil (ou sommeil de mauvaise qualité)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les situations de fin de vie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La sensation d'être dépassé(e) par les événements	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GOODMAN

Indiquez pour chacune de ces affirmations si elles correspondent à une (des) consommation(s) et/ou à un/des comportement(s) dans lesquels vous vous reconnaissez.

60-Lorsque j'ai envie de consommer du(des) ..., il m'est impossible de ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

61-J'éprouve une sensation de tension interne croissante juste avant de consommer du(des) ... ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

62-J'éprouve du plaisir ou du soulagement pendant que je consomme du(des) ... ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

63-J'ai parfois une sensation de « perte de contrôle » pendant que je consomme du(des) ... ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

64-Je pense fréquemment au fait de consommer du(des) ... ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

65- Les moments que je consacre au(x) ... et les effets que je ressens avec le/les ... sont plus intenses, plus fréquents et plus longs que je n'aurais pu l'imaginer. ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

66-J'ai déjà essayé plusieurs fois de réduire, éviter ou abandonner le/les ... ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

67-Je consacre beaucoup de temps à consommer du(des)... et/ou j'ai parfois besoin de temps pour m'en remettre. ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

68- J'ai l'impression que je consomme davantage du(des) ... lorsque je dois faire face à des contraintes ou des obligations. ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

69-Le fait de consommer du(des)... m'a déjà empêché de remplir mes activités sociales, familiales, professionnelles ou, en tout cas, m'a conduit à les restreindre. ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

70-Je continue à consommer du(des) ... bien que je sache que cela cause ou aggrave des problèmes dans ma vie. ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

71-J'ai besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence de ma/mes consommation(s) de ... pour obtenir les mêmes effets. ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

72-Je me sens tendu(e), agité(e), irritable ou angoissé(e) si je ne peux pas consommer du(des) ... ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

73-Certains de ces éléments ressentis ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue. ☐Alcool ☐Tabac ☐Cannabis ☐Psychotropes

Indiquez pour chacune de ces affirmations si elles correspondent à une (des) consommation(s) et/ou à un/des comportement(s) dans lesquels vous vous reconnaissez.

74-Lorsque j'ai envie de ... , il m'est impossible de résister. ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

75-J'éprouve une sensation de tension interne croissante juste avant de ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

76-J'éprouve du plaisir ou du soulagement pendant que je ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

77-J'ai parfois une sensation de « perte de contrôle » pendant que je... . ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

78-Je pense fréquemment au fait de ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

79-Les moments que je consacre à ... et les effets que je ressens en... sont plus intenses, plus fréquents et plus longs que je n'aurais pu l'imaginer. ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

80-J'ai déjà essayé plusieurs fois de réduire, éviter ou abandonner de ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

81-Je consacre beaucoup de temps à ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook (préparation, réalisation) et/ou j'ai parfois besoin de temps pour m'en remettre.

82- J'ai l'impression que je ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook davantage lorsque je dois faire face à des contraintes ou des obligations.

83-Le fait de ... ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook m'a déjà empêché de remplir mes activités sociales, familiales, professionnelles ou, en tout cas, m'a conduit à les restreindre.

84-Je continue à ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook bien que je sache que cela cause ou aggrave des problèmes dans ma vie.

85-J'ai besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence de ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook pour obtenir les mêmes effets.

86-Je me sens tendu(e), agité(e), irritable ou angoissé(e) si je ne peux pas ... ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

87-Certains de ces éléments ressentis ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue. ☐Manger ☐Faire du sport ☐Aller sur facebook

Observations

88- Avez-vous des observations ou des commentaires à faire sur cette étude?

Veuillez écrire votre réponse ici :

MERCI pour votre participation !

Indépendamment de vos réponses, sachez qu'il existe une association professionnelle pour les médecins libéraux, numéro non surtaxé 7j/7 24h/24: 08 26 00 45 80.

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 2 : Le flyer distribué aux choix de stage (exemple de T2)



UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES

INTERN' LIFE

PAR DES INTERNES
POUR DES INTERNES

Questionnaire en ligne :
www.intern-life.com

*Pour votre participation des places de
cinéma tirées au sort le 30 avril*

Ne devenez pas un perdu de vue 😊



RESUME EN FRANCAIS

Objectifs : Le burnout touche plus de la moitié des internes, et l'empathie semble diminuer au cours des études médicales. L'objectif de cette étude est de suivre l'évolution du burnout et de l'empathie au cours des deux premières années d'internat de médecine générale, et d'étudier le lien qui existe entre ces deux variables.

Méthode : Il s'agit d'une étude longitudinale sur une cohorte de 558 internes de médecine générale d'Ile de France suivis de mai 2013 (à 6 mois du début de leur internat) à novembre 2014. Ils remplissaient un auto-questionnaire en ligne tous les six mois, portant sur des données sociodémographiques et professionnelles et mesurant le burnout à l'aide du MBI et l'empathie à l'aide de la JSPE.

Résultats : les données de 157 internes, ayant répondu à au moins deux temps de l'étude, ont été analysées. Sur les trois dimensions du burnout, seule l'accomplissement personnel augmente de façon significative ($p=0,009$). Concernant l'empathie le score global ($p=0,007$) et la dimension prise de perspective ($p=0,012$) augmentent de façon significative au cours des deux premières années d'internat. Notre étude a confirmé l'existence d'un lien de corrélation entre empathie et burnout, mais n'a pu mettre en évidence l'existence d'un lien de causalité.

Conclusion : Mieux connaître l'empathie et son lien avec le burnout pourrait permettre d'aider les étudiants à la développer de façon spécifique, afin de réduire le burnout et d'améliorer leur pratique médicale.

Titre en anglais : The progression and link between burnout and empathy during the first two years of the general medicine internship.

RESUME EN ANGLAIS

Objectives : Burnout syndrome affect more than half of interns, and it seems that empathy decreases during the course of medical studies. The objective of this study is to follow the progression of burnout syndrome and empathy during the first two years of the general medical internship and to study the link which exists between these two variables.

Method : A longitudinal study with a cohort of 558 residents of general medicine from Ile de France starting from May 2013 (6 months from the start of their residency) until November 2014. They fill in an online questionnaire for each of the six months which focuses on socio-demographic and professional factors. It also measures burnout with the help of the MBI, and empathy with the help of the JSPE.

Results : The answers of 157 interns, who responded to at least two of the phases of study, have been analysed. Of the three aspects of burnout, only personal fulfilment improved by any significant measure ($p=0,009$). Regarding empathy overall score ($p = 0.007$) and size perspective taking ($p = 0.012$) it increased significantly during the first two years of residency. Our study has confirmed the existence of a correlation between empathy and burnout, but it has not shown evidence of causality.

Conclusion : Learning more about empathy and the link with burnout could allow us to help students to develop empathy in a particular way in order to reduce burnout syndrome and improve their medical practice.

Mots clés en français : burnout, empathie, internes, médecine générale

Mots clés en anglais : burnout, empathy, interns, general practitioner

Contact : Université Paris V- Descartes. 15 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris