



HAL
open science

Étude de l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale

Gaëlle Contau

► **To cite this version:**

Gaëlle Contau. Étude de l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01327188

HAL Id: dumas-01327188

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01327188>

Submitted on 6 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.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Gaëlle CONTAU

Née le 25/03/1985 à Annemasse (74)

Le 26 mai 2016

**Étude de l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage
pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale**

Burn out in French family resident and residency program: a longitudinal study

Directeur de thèse Dr François PETREGNE

Co-directeur de thèse Dr Michèle KOLECK

Jury

Monsieur le Professeur AOUIZERATE

Président

Monsieur le Docteur CASTERA

Rapporteur

Monsieur le Professeur DEMEAUX

Membre

Monsieur le Docteur DOUMY

Membre

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A notre Président du Jury, Pr Aouizerate, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse. Recevez ma profonde gratitude.

A mes Directeurs de thèse, Dr Koleck et Dr Pétrègne, pour m'avoir consacré toutes ses heures de travail avec enthousiasme et bonne humeur, j'espère honorer votre collaboration à ce sujet qui nous passionne.

Au Professeur Demeaux, pour avoir coordonné avec dynamisme l'équipe Intern-life Aquitaine durant ses deux années.

Au Dr Castera, merci pour votre réactivité, vos conseils éclairés et vos encouragements.

Au Dr Doumy, pour avoir accepté de juger mon travail sur ce sujet dont l'intérêt nous est commun.

A toute l'équipe d'intern-life Aquitaine, particulièrement au Dr Boujut et au Dr Quintard, pour avoir permis ce beau projet.

A mes proches

A mes parents, pour m'avoir transmis toutes ces valeurs qui me sont chères.

A mes sœurs, pour leur soutien inconditionnel et leur humour endémique.

A ma tante Noëlle, pour être celle qu'elle est dans tous les moments de cette vie.

A mes grands parents, vous êtes uniques et je suis fière d'être votre petite fille.

A mon parrain, qui nous a quitté si tôt.

A mon mari, pour ces jours heureux que nous avons partagé et partagerons encore, tu me combles de ton amour.

A toute ma belle famille, merveilleuse, qui m'a accueillie les bras ouverts, me soutient, m'encourage. Je vous adore.

A tous mes amis, des quatre coins de la France, vous êtes venus m'honorer de votre présence. Que notre amitié sincère perdure.

Table des matières

1	Introduction.....	8
1.1	Motivations personnelles.....	8
1.2	Burn out.....	9
1.2.1	Ce que le burn out n'est pas.....	9
1.2.2	Concept du burn out.....	9
1.2.3	Les dimensions du burn out.....	10
1.2.4	Les étapes de développement du burn out.....	11
1.2.5	Les conséquences du burn out.....	11
1.2.6	Les stades d'intervention sur le burn out selon M. Delbrouck.....	12
1.2.7	Les facteurs du burn out.....	13
1.3	Burn out chez les médecins généralistes.....	13
1.4	Burn out chez les internes.....	14
1.5	La formation des internes.....	17
1.6	Problématiques et objectifs.....	18
2	Matériel et méthode.....	19
2.1	L'étude intern-life Aquitaine.....	19
2.2	Contexte.....	19
2.3	Méthode.....	19
2.4	Analyses statistiques.....	21
3	Résultats.....	22
3.1	Diagramme de Flux.....	22
3.2	Données démographiques.....	23
3.3	Données sociales.....	23
3.4	Données professionnelles.....	24
3.5	Analyse transversale du burn out.....	26
3.5.1	Résultats à T1.....	26
3.5.2	Résultats à T2.....	28
3.5.3	Résultats à T3.....	32
3.6	Analyse en sous-groupe.....	36
3.6.1	Données socio démographiques.....	36
3.6.2	Données professionnelles.....	38

3.6.3	Analyse transversale en sous-groupe	39
3.6.4	Analyse longitudinale en sous-groupe	43
3.7	Analyse longitudinale du burn out.....	45
3.7.1	Evolution du burn out.....	45
3.7.2	Evolution du burn out selon le type de stage	47
3.7.3	Evolution du burn out selon le lieu de stage	50
3.7.4	Autres facteurs.....	53
4	Discussion	55
4.1	Généralités et comparaison à la littérature	55
4.1.1	Résultats principaux	55
4.1.2	Résultats secondaires.....	57
4.2	Points forts de l'étude	58
4.3	Biais de l'étude	59
4.3.1	Biais de sélection.....	59
4.3.2	Biais d'analyse	59
4.4	Perspectives de l'étude	60
4.4.1	Bien être des internes	60
4.4.2	Prévention du burn out	60
4.4.3	Une formation plus proche de la médecine générale	62
5	Conclusion	63
6	Bibliographie.....	64
7	Annexes.....	68
7.1	Récapitulatif des scores de burn out dans la littérature	68
7.2	Questionnaire utilisé pour Intern-life Aquitaine, exemple T1.....	68
7.3	Flyer pour la promotion de l'étude	94
7.4	Serment médical	95
	Résumé.....	96
	Abstract	97

Sommaire des tableaux

Tableau 1 : score de burn out	21
Tableau 2 : caractéristiques démographiques de la population aux 3 temps de l'étude.	23
Tableau 3 : répartition selon le type de stage	24
Tableau 4 : répartition selon le lieu de stage.	25
Tableau 5 : charges et satisfaction liées au travail (moyenne et écart-type).	25
Tableau 6 : prévalence du burn out à T1.	26
Tableau 7 : prévalence du burn out à T1 selon le type de stage.	26
Tableau 8 : prévalence du burn out au CHU et hors CHU à T1.	27
Tableau 9 : prévalence du burn out à T2.	28
Tableau 10 : prévalence du burn out à T2 selon le type de stage.	29
Tableau 11 : prévalence du burn out au CHU et hors CHU à T2.	30
Tableau 12 : prévalence du burn out à T2 selon le lieu de stage.	31
Tableau 13 : prévalence du burn out à T3.	32
Tableau 14 : prévalence du burn out à T3 selon le type de stage.	32
Tableau 15 : prévalence du burn out au CHU et hors CHU à T3.	33
Tableau 16 : prévalence du burn out à T3 selon le lieu de stage.	34
Tableau 17 : répartition selon le type de stage dans l'analyse en sous-groupe.	38
Tableau 18 : répartition selon le lieu de stage dans l'analyse en sous-groupe.	38
Tableau 19 : charges et satisfaction liées au travail dans l'analyse en sous-groupe (moyenne et écart-type).	38
Tableau 20 : prévalence du burn out à T1 dans l'analyse en sous-groupe.	39
Tableau 21 : prévalence du burn out à T2 dans l'analyse en sous-groupe.	40
Tableau 22 : prévalence du burn out à T3 dans l'analyse en sous-groupe.	42
Tableau 23 : significativité de l'évolution du burn out.	45
Tableau 24 : burn out selon le sexe à T1.	53
Tableau 25 : burn out selon le sexe à T2.	53
Tableau 26 : burn out selon le sexe à T3.	54

Sommaire des Figures

Figure 1 : recueil des données au cours de l'étude	20
Figure 2 : diagramme de flux de l'étude intern-life Aquitaine sur T1, T2 et T3.	22
Figure 3 : situation professionnelle des pères.	23
Figure 4 : situation professionnelle des mères.	24
Figure 5 : moyennes de burn out dans les différents stages à T1	27
Figure 6 : moyennes de burn out pour les stages réalisés au CHU à T1	28
Figure 7 : moyennes de burn out dans les différents stages à T2.....	29
Figure 8 : moyennes de burn out pour les stages réalisés au CHU à T2.....	30
Figure 9 : moyennes de burn out dans les différents lieux de stage à T2.....	31
Figure 10 : moyennes de burn out dans les différents stages à T3.....	33
Figure 11 : moyennes de burn out pour les stages réalisés au CHU à T3.....	34
Figure 12 : moyennes de burn out dans les différents lieux de stage à T3.....	35
Figure 13 : répartition par sexe dans l'analyse en sous-groupe.....	36
Figure 14 : répartition selon le statut marital dans l'analyse en sous-groupe.....	36
Figure 15 : situation professionnelle des pères dans l'analyse en sous-groupe.....	37
Figure 16 : situation professionnelle des mères dans l'analyse en sous-groupe.....	37
Figure 17 : moyennes de burn out au CHU et hors CHU à T1 dans l'analyse en sous-groupe.	39
Figure 18 : moyennes de burn out pour les stages réalisés au CHU à T1.....	40
Figure 19 : moyennes de burn out au CHU et hors CHU à T2.	41
Figure 20 : moyennes de burn out pour les stages réalisés au CHU à T2.....	41
Figure 21 : moyennes de burn out au CHU et hors CHU à T3.	42
Figure 22 : moyennes de burn out pour les stages réalisés au CHU à T3.....	43
Figure 23 : évolution du burn out aux trois temps de l'étude pour l'analyse en sous-groupe... 44	44
Figure 24 : dispersion de l'épuisement émotionnel chez les femmes dans l'analyse en sous- groupe.....	44
Figure 25 : évolution des moyennes du burn out aux 3 temps de l'étude.....	46
Figure 26 : dispersion de l'épuisement émotionnel.....	46
Figure 27 : dispersion de la dépersonnalisation.	47
Figure 28 : évolution des moyennes de burn out pour EE selon le type de stage.....	47
Figure 29 : évolution des moyennes de burn out pour DP selon le type de stage.....	48
Figure 30 : évolution des moyennes de burn out pour AP selon le type de stage.....	48
Figure 31 : dispersion de l'épuisement émotionnel selon le type de stage.	49
Figure 32 : évolution de EE au CHU et hors CHU au cours de l'étude.	49
Figure 33 : évolution des moyennes de burn out pour EE selon le lieu de stage.....	50
Figure 34 : évolution des moyennes de burn out pour DP selon le lieu de stage.....	50
Figure 35 : évolution des moyennes de burn out pour AP selon le lieu de stage.....	51
Figure 36 : dispersion de l'épuisement émotionnel selon le lieu de stage.	51
Figure 37 : dispersion de la dépersonnalisation selon le lieu de stage.	52
Figure 38 : corrélation entre épuisement émotionnel et nombre d'heures travaillées.....	53

Liste des abréviations

AP : Perte d'Accomplissement Personnel

ARS : Agence Régionale de la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DP : Dépersonnalisation

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EE : Epuisement Emotionnel

MBI : Maslach Burnout Inventory

ORL : Otorhinolaryngologie

PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

1 Introduction

1.1 Motivations personnelles

Lors de l'un de mes stages au cours de l'internat, un de nos collègues n'est plus venu en stage du jour au lendemain. A cette époque, l'UNOF (1) (Union nationale des omnipraticiens français) annonce que près de la moitié des internes seraient au bord du burn out. Un de nos collègues, interne en anesthésie, nous parle d'une étude où les internes de sa spécialité (2) seraient également touchés. Chez nos aînés, on en avait déjà entendu parler (3). Mais cela semblait plus surprenant à notre stade embryonnaire d'interne que chez un médecin ayant passé de longues années auprès des patients.

Les études de médecine sont réputées pour être éprouvantes. Pourtant les vocations ne se tarissent pas et le métier fait rêver les français (4). Le cap du concours de la première année franchi, les étudiants découvrent petit à petit leur futur métier à travers des stages hospitaliers. Au bout de la sixième année d'étude, ils choisissent par rang de mérite leur spécialité. L'internat dure 3 ans pour les généralistes et 4 à 5 ans pour les autres spécialistes.

Que peut-il bien se passer au cours de ces études pour arriver à un tel malaise ? Le sujet semble plutôt tabou.

Dans mon travail de thèse, je vais essayer de mettre en lumière les éléments qui pourraient expliquer la présence de burn out chez les internes en médecine générale et proposer d'éventuelles pistes pour le prévenir. Ce travail me permettra également de mieux comprendre le burn out, ses méthodes de mesures et les moyens de le prévenir voire de le traiter.

1.2 Burn out

1.2.1 **Ce que le burn out n'est pas**

Le terme burn out est utilisé à tort et à travers dans les médias. Afin de ne pas entrer dans cette confusion générale, nous allons évoquer les syndromes proches du burn out (5).

Tout d'abord le burn out n'est pas un syndrome dépressif. La dépression est une maladie mentale reconnue dont les critères sont définis dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) V(6).

L'état de stress post traumatique du soignant peut aussi s'apparenter au burn out. Les symptômes sont l'engourdissement émotionnel, l'anxiété, l'irritabilité, la culpabilité, les troubles du sommeil... Ce syndrome apparaît après l'exposition à une situation violente (accueil de victimes d'accidents, d'agressions sexuelles...).

Un autre état pouvant être confondu avec le burn out est la fatigue de compassion. Elle apparaît plus souvent chez les soignants recevant régulièrement des victimes de traumatisme. Par accumulation, l'empathie peut devenir compassion et donc souffrance.

Le traumatisme par procuration peut également toucher cette même population de soignants. Ici l'exposition chronique amène le soignant à vivre le traumatisme comme s'il en avait été lui-même victime.

Enfin le Karoshi ou « mort par excès de travail » par traduction de ce terme nippon. L'état de surmenage amène ainsi au suicide. Peu connu en occident, ce syndrome d'épuisement touche de nombreux travailleurs japonais travaillant sans compter leurs heures.

1.2.2 **Concept du burn out**

En 1969, Loretta Bradley est la première à décrire comme burn out un état de stress lié au travail. En 1974, le psychanalyste Freudenberger (7) reprend ce terme. En effet, il expérimente lui-même cet état en travaillant dans les « free clinics », centres d'accueil pour toxicomanes. Il décrit des signes physiques comme la fatigue voire l'épuisement, les troubles du sommeil, digestifs. Sur le plan mental, les accès de colère, l'irritabilité, la frustration apparaissent. Ce concept sera repris par différents auteurs.

C'est en 1980 qu'une chercheuse américaine, Christina Maslach, élabore une échelle de mesure validée, le Maslach Burnout Inventory (MBI). Cette échelle est aujourd'hui la référence pour évaluer le burn out. Elle est même validée chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques (8). Elle décrit le burn out comme la réponse à une exposition prolongée au stress lié au travail. Le burn out s'exprimerait après cette exposition longue et apparaîtrait plutôt en fin de carrière professionnelle.

Depuis cette échelle destinée aux professionnels de santé et nommée MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), d'autres ont été développées. Pour la population générale l'équipe de Maslach a créé le MBI General Survey et pour les enseignants le MBI Educators Survey.

L'adaptation en langue française du MBI-HSS a été faite en 1994 par Dion et Tessier.

1.2.3 Les dimensions du burn out

Initialement, les définitions du burn out étaient très différentes. Grace aux travaux de Maslach (9), la théorie multidimensionnelle du burn out a vu le jour et continue d'être la référence.

La première dimension du burn out est l'épuisement émotionnel. Le terme anglo-saxon est « emotional exhaustion ». On retrouve également dans la littérature francophone le terme épuisement professionnel pour qualifier cette dimension. C'est l'une des dimensions prédominante du burn out. Cette prédominance a pu amener certains auteurs à utiliser uniquement cette dimension pour définir le burn out. Dans l'un de ses derniers ouvrages (10), Maslach décrit l'épuisement émotionnel comme la sensation d'être vidé, exténué et incapable de se détendre et de récupérer. Delbrouck (11) évoque la difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre. A tel point que travailler avec certaines personnes devient de plus en plus difficile. Vient alors un état de désinvestissement ou de désengagement de la relation à l'autre.

Cet état constitue la deuxième dimension du burn out, la dépersonnalisation. Elle est la conséquence directe de l'épuisement émotionnel. L'individu devient cynique, distant. Delbrouck (11) parle de « look déshumanisé ». Pour Maslach (10), il s'agit d'une façon de se protéger de l'épuisement et de la déception. Dans le cadre des soins, le patient devient un objet, une pathologie, un numéro de chambre.

La troisième dimension est la perte d'accomplissement personnel. Ici chaque nouveau projet paraît insurmontable. L'individu perd confiance en lui-même, se dévalorise, culpabilise, se démotive. Cette dimension semble apparaître parallèlement aux deux autres sans en découler.

1.2.4 Les étapes de développement du burn out

Tout d'abord apparaît un enthousiasme extrême vis-à-vis du travail(5,12). La focalisation sur le travail est telle qu'elle devient le graal qui peut tout combler. En découle un investissement excessif.

Puis une stagnation s'installe, le travail ne comblant pas suffisamment le sujet. Ce dernier ressent alors une frustration avec remise en question. Le sujet s'interroge sur ses compétences et la pertinence du travail.

La chronicisation de cette frustration engendre l'apathie. Le sujet se détache vis-à-vis des autres et limite son investissement au travail.

Le burn out apparaît donc comme une inadéquation entre la personne et ses attentes vis à vis du travail.

1.2.5 Les conséquences du burn out

Sur le plan professionnel, le burn out est source d'absentéisme, de diminution de l'efficacité et de la productivité au travail (13,14). Chez les médecins en revanche, il semblerait qu'une hyperactivité soit la réaction la plus fréquente (prolongement des heures de travail).

Le retentissement psychique et somatique est plus complexe.

Sur le plan physique, comme le décrivait déjà Freudenberg (7), on retrouve un épuisement physique et une asthénie. Les plaintes sont plutôt atypiques et polymorphes. Les troubles du sommeil, les troubles musculo-squelettiques (lombalgies), les troubles digestifs, les troubles cardiovasculaires (épisode de tachycardie, d'hypertension) sont autant de manifestations qui peuvent augurer d'un burn out.

Sur le plan psychique les manifestations sont également diverses. L'irritabilité, l'impatience, l'incapacité à admettre un échec, la négation de soi en font partie. Peuvent également apparaître les difficultés à prendre des initiatives, des oublis fréquents, des difficultés de concentration. Les addictions, l'anxiété et le stress ont été corrélés au burn out.

Ces éléments sont inquiétants vis-à-vis de la relation médecin-patient, pouvant amener à des erreurs médicales.

Dans une étude menée en 2003, Léopold alerte sur la santé des médecins. En effet le nombre de suicides chez les médecins est deux fois supérieur à celui de la population générale (15).

1.2.6 Les stades d'intervention sur le burn out selon M. Delbrouck

Prévention primaire

A ce stade, le sujet est épuisé psychiquement et physiquement. Il n'est pas encore en burn out. Certaines mesures préventives peuvent éviter le passage au burn out. Tout d'abord sur le plan personnel, le sujet doit maintenir et enrichir sa vie affective. Cela passe par les relations sociales, la connaissance de son espace personnel et le maintien de ses limites. Il doit également respecter son intimité personnelle et familiale ainsi que ses désirs et non désirs. Le maintien de sa santé psychique et physique entre également en jeu. Le repos, le sport, le bon équilibre alimentaire, l'évaluation de son humeur, l'apprentissage à dire non, l'affirmation de soi sont des exemples non exhaustifs pour maintenir son bien-être. L'élaboration d'une philosophie de vie permet également au sujet de mieux orienter ses choix en fonction de ses valeurs et ses croyances.

Sur le plan professionnel, le maintien du goût du travail (diversification des tâches, gestion du temps, partage des tâches), la communication, l'amélioration des conditions de vie au travail sont des mesures prophylactiques nécessaires.

Prévention secondaire

A ce stade, des éléments d'épuisement émotionnel du burn out apparaissent. Le sujet répond de manière inadéquate à ses émotions. Il est exigeant, irritable. Le repos peut permettre au sujet un retour à la normal. Lorsque que ce n'est pas le cas, apparaissent alors des éléments de dépersonnalisation avec froideur, cynisme. Les manifestations de la perte d'accomplissement personnel arrivent ensuite avec allongement du temps de travail sans amélioration de la productivité. A ce stade une prise en charge spécialisée est nécessaire.

Prévention tertiaire

Le sujet est en plein burn out. Le retentissement physique et psychique prend des proportions graves avec des malaises, l'apparition d'addiction, une perte de repères. Cet état nécessite une prise en charge urgente et dans sa globalité.

1.2.7 Les facteurs du burn out

Les facteurs environnementaux (9–11) sont la charge de travail trop importante, le manque de contrôle, les conflits au travail, le manque de reconnaissance, le manque d'autonomie...

Les aspects individuels comme les traits de personnalité, le sexe, la situation familiale sont inconstants dans la littérature.

M. Delbrouck (5) évoque la situation particulière des étudiants en médecine. La charge horaire trop lourde, le manque de transmissions des séniors ne leur communiquant plus leur propre passion de la médecine, la déshumanisation de la médecine, la sensation d'être utilisés par certains services médicaux s'ajoutent aux facteurs évoqués plus haut.

1.3 Burn out chez les médecins généralistes

En 2006, le réseau sentinelle (13) a mené une enquête auprès de 1300 médecins généralistes du réseau. La prévalence du burn out était de 27% selon le critère d'épuisement émotionnel élevé et de 19% selon le critère de burn out pour un score élevé dans deux dimensions. Les médecins généralistes avaient un score de burn out moyen dans chaque dimension.

Plusieurs études régionales ont été réalisées. En 2002, Truchot (16) en collaboration avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Champagne-Ardenne s'interrogeait sur le burn out des médecins généralistes dans cette région. L'étude montrait 42% de burn out selon le critère d'épuisement émotionnel élevé. Concernant les moyennes, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation était modérés. L'accomplissement personnel avait une moyenne élevée. Une étude similaire a été réalisée en région Poitou-Charentes (17) avec 40,3% des médecins généralistes ayant un épuisement émotionnel élevé. En 2003, une étude (18) réalisée auprès des médecins de la Loire montrait que 26% d'entre eux avaient un épuisement émotionnel élevé et le score moyen correspondait à un niveau moyen d'épuisement émotionnel. On notait un score élevé dans les trois dimensions pour 5% des généralistes. Chez les médecins libéraux franciliens (19), ce sont 60% des médecins généralistes qui ont répondu

positivement à la question « Vous sentez-vous personnellement menacé(e) par le burn out ? ». Les médecins généralistes étaient majoritairement plus en burn out que les autres spécialistes libéraux. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (14) en 2007, on observait que 23% des médecins généralistes avaient un score élevé d'épuisement émotionnel. En Aquitaine (20) en 2008, une enquête réalisée auprès des médecins généralistes et utilisant le questionnaire de Freudenberger retrouvait un score faible de burn out.

Chez nos confrères suisses (12), une étude comparant le burn out chez les oncologues, les pédiatres et les médecins généralistes montraient que ces derniers étaient plus à risque. Les dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation étaient plus importantes. Le pourcentage de médecins ayant un score élevé d'épuisement émotionnel était de 36%.

Face au malaise général que connaît la profession, le gouvernement a proposé la mise en place de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Le travail de F. Didier (21) évaluant les facteurs protecteurs des MSP vis-à-vis du burn out, n'a pas retrouvé d'élément protecteur. Les bénéfices attendus sur la lourdeur des charges administratives et la lourdeur des horaires n'étaient pas là.

1.4 Burn out chez les internes

Thomas NK (22) a réalisé une revue de la littérature en 2004 avec comme base de données Pubmed et Medline. Les articles étudiés étaient écrits en anglais et devaient avoir été référencés. Les articles parus avant 1983 avaient été exclus par l'auteur, justifiant cette exclusion par l'évolution des études de médecine et des connaissances sur le burn out. Les résultats concluaient à un haut niveau de burn out chez les internes. L'auteur modère ces résultats car les études sont hétérogènes. En effet, certaines considèrent que les internes sont en burn out lorsque l'épuisement émotionnel est élevé. D'autres quand les trois dimensions sont élevées. Enfin pour d'autres, les dimensions de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel élevées signent le burn out.

En 2007, Prins et al. (23) ont réalisé une revue de la littérature différente. Les articles étaient recensés sur Medline, EMBASE et PsychINFO. Était incluse la littérature en anglais publiée de 1975 à 2005. La qualité des articles était aussi étudiée selon les critères Cochrane. Selon ces critères, les 19 études incluses étaient de faible niveau de qualité. La prévalence du burn out allait de 18% à 82% avec la même hétérogénéité que dans la revue de Thomas NK (22). Les auteurs suggèrent, pour une meilleure validité interne, l'utilisation à la fois de

l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation élevés ou de l'épuisement émotionnel élevé et de score bas d'accomplissement personnel comme critère de burn out. Un score global utilisant les quartiles permettrait de conclure à un taux élevé de burn out s'il était supérieur à 75%.

En Grèce, en 2012, une étude transversale (24) sur les internes, toutes spécialités confondues, a utilisé ces critères. Le taux de burn out était de 14,4%.

En Arabie saoudite (25) en 2013, le taux de burn out chez les internes en ORL était de 33% selon le critère de burn out élevé dans les trois dimensions. En utilisant les critères de haut niveau de burn out dans les deux premières dimensions (EE et DP), ce taux était de 45%.

De Oliveira et al. (2) ont réalisé en 2013 une étude sur les internes en anesthésie. La prévalence du burn out était de 41%. Les auteurs ont utilisé comme définition du burn out la présence d'un taux modéré ou élevé dans au moins deux dimensions.

Une étude longitudinale (26) a été réalisée à Chicago chez les internes en pédiatrie. Le suivi sur deux ans a montré une prévalence augmentant de 2% à 24% entre le début et le milieu de la première année d'internat selon les critères de EE et DP élevés. Il n'y avait pas d'augmentation significative les années suivantes. En revanche le burn out restait élevé.

Une étude européenne (27) sur les internes en chirurgie retrouvait 25% de burn out. Une version courte du Maslach Burnout Inventory (MBI) était utilisée.

Une étude française sur les internes en gynécologie obstétrique (28) publiée en 2013 trouvait une prévalence de 36% de burn out selon les deux premières dimensions.

Chez les internes en médecine générale de Tours, une étude (29) réalisée en 1999 montrait 51% de burn out avec atteinte d'au moins une dimension.

Un travail de thèse (30) réalisé auprès des internes de médecine générale en Ile-de-France en 2005 montrait que 24% d'entre eux avait un épuisement émotionnel élevé. La dimension de la dépersonnalisation était ici plus importante avec 42%. L'accomplissement personnel était également bas pour 48% des internes.

En Aquitaine (31), en 2007, 20% des internes en médecine générale avait un EE élevé, 47% un DP élevé et 20% un AP bas.

Chez les internes en médecine générale strasbourgeois (32) en 2007, la prévalence du burn out selon l'atteinte d'au moins une dimension (EE ou DP) était de 46%. La dépersonnalisation tendait à un score plus faible lorsque le stage chez le praticien avait été validé. Le lien entre l'absence de burn out et la validation du stage chez le praticien était statistiquement significatif.

Chez les internes bordelais en 2008, toutes spécialités confondues, 21,4% étaient en burn out modéré à sévère (33).

Une étude nantaise (34), menée en 2008, montrait que 57% des internes avait au moins une dimension de burn out élevée. Parmi eux, on comptait 70% d'internes en premier semestre. L'atteinte d'une des deux premières dimensions concernait 44,7% des internes. Les trois dimensions étaient atteintes chez 3,5% des internes.

En 2011, un travail de thèse (35) concernant les internes en médecine générale du Languedoc-Roussillon et d'Ile-de-France montrait que 8,1% des internes étaient en burn out selon les deux premières dimensions. L'épuisement émotionnel était élevé pour 23%, la dépersonnalisation pour 38,8%. L'accomplissement personnel était bas pour 35,6% des internes. Les internes parisiens étaient plus nombreux à être épuisés émotionnellement. En revanche, ils étaient moins dépersonnalisés.

Une étude a été menée en 2011 sur le plan national (36). Sur un échantillon de 4103 internes en médecine générale, 46,5% se sentaient menacés par le burn out. La prévalence était de 38,7% pour un score élevé dans l'une des deux premières dimensions. Ce taux semblait similaire entre les différentes années d'internat. Concernant la formation, il semblait y avoir plus d'internes en burn out lors des stages effectués aux urgences et au CHU.

En 2012, un travail de thèse (37) sur la souffrance psychologique des internes de Nantes et d'Angers a été réalisé. La prévalence du burn out était de 61,7% pour un score élevé dans au moins une dimension. Les internes de première année avaient un niveau de dépersonnalisation plus élevé que les internes en fin de cursus.

Une étude longitudinale (38) sur les internes en médecine générale parisiens a été menée de 2012 à 2013. Le taux de burn out avec atteinte de plus d'une dimension était de 61% à la fin du premier semestre. Au bout d'un an d'internat, 66% des internes en médecine générale étaient en burn out.

Sur cette même population, un autre travail de thèse a été réalisé avec des critères d'inclusions plus restrictifs (39). La définition du burn out ici était un score élevé dans la dimension épuisement émotionnel et/ou dans la dimension dépersonnalisation. En fin de première année d'internat, 77% des internes étaient en burn out. En revanche il s'avérait que la perte de l'accomplissement personnel était statistiquement plus faible en fin de deuxième année d'internat. Cette notion d'accomplissement personnel élevé en fin de cursus se retrouve également dans l'étude de Séjourné (37).

L'annexe 1 résume les prévalences et moyennes dans les différentes dimensions du burn out. **On note que la dépersonnalisation est l'élément prépondérant chez les internes alors que les praticiens sont plus épuisés émotionnellement et dépersonnalisés. De même on note de grandes disparités dans les différentes régions françaises, avec un épuisement émotionnel allant de 9% (inter région ouest) à 47% (Ile-de-France).**

1.5 La formation des internes

Le cursus d'un interne est divisé en semestres durant 3 à 5 années au cours desquelles il effectuera des stages dans différents domaines.

Pour l'interne en médecine générale, la majorité du cursus s'effectue en hospitalier ce qui apparaît paradoxal dans cette spécialité vouée pour la majeure partie à exercer en secteur libéral. L'interne doit réaliser un stage dans un service de médecine adulte (par exemple endocrinologie, post urgence, gériatrie, médecine interne), un service d'urgence, un stage en centre hospitalier universitaire (CHU), un stage chez un praticien en médecine générale (accessible à partir du deuxième semestre), un stage en gynécologie ou pédiatrie. Ce dernier stage peut être réalisé chez un médecin généraliste. Le stage au CHU peut être combiné avec un autre stage obligatoire (par exemple CHU et médecine adulte). Outre ces stages obligatoires, un semestre à effectuer est choisi librement par l'étudiant et peut être tout autant un stage de médecine adulte qu'un stage au CHU ou ce qui se fait de plus en plus, un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS). Il s'agit d'un stage chez un praticien en médecine générale mais où l'interne est rapidement autonome. Ses consultations font l'objet d'un débriefing avec son maître de stage. L'accès au stage en gynécologie/pédiatrie ainsi qu'en SASPAS est limité par l'offre de stages. Il peut arriver qu'un interne doive effectuer six mois supplémentaires car il n'a pas pu réaliser dans sa

maquette le stage obligatoire de pédiatrie/gynécologie. Le choix du stage se faisant par rang de mérite.

Dans les travaux de thèse de Ernst (32) et de Le Tourneur et Komly (36), certains terrains de stage tel que les urgences et le CHU semblent être pourvoyeur de burn out alors que le stage chez le praticien en médecine générale apparaît protecteur.

1.6 Problématiques et objectifs

L'analyse de la littérature chez les médecins généralistes et les internes montre que le burn out est bien présent. Outre les facteurs généraux identifiés (charges de travail, manque d'autonomie...), il semble que chez les internes en médecine générale, la formation soit impliquée dans le burn out.

Quelle est donc l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale ?

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les terrains de stages à risque de burn out chez les internes en médecine générale en Aquitaine.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation des autres facteurs de burn out chez les internes en médecine générale d'Aquitaine (charge de travail, statut marital, sexe) et l'évolution de la prévalence au cours de l'internat.

2 Matériel et méthode

2.1 L'étude intern-life Aquitaine

Cette étude fait suite à l'étude Intern-life réalisée par les internes de Paris 5 à partir de 2012(38,39). Il s'agissait d'une cohorte prospective concernant la promotion 2012 des internes en médecine générale d'Ile-de-France. Un questionnaire abordant les domaines de l'empathie, des addictions, du stress, de l'anxiété, des troubles de la personnalité, des troubles de l'alimentation avait été élaboré.

Nous avons repris cette étude à l'Université de Bordeaux en l'ajustant à nos projets de thèse. Ce projet de groupe s'est fait en collaboration avec le département de psychologie de l'Université de Bordeaux.

2.2 Contexte

La formation des internes en médecine générale s'effectue sur la grande région d'Aquitaine(40). L'accès au stage chez le praticien se fait à partir du 3^{ème} semestre pour la plupart. Ceci s'explique par le manque de maîtres de stage. Les étudiants en médecine générale s'engageant dans leur spécialité ne la découvrent donc que tardivement comparés aux autres spécialités. Le SASPAS, pour les mêmes raisons, n'est accessible que pour peu d'internes, alors que ce stage ne pourrait que mieux les préparer à l'exercice de la médecine générale. Il semblerait que le stage au CHU soit le plus difficile, de même que celui effectué aux urgences. Par ailleurs certains lieux géographiques semblent plus épanouissants que d'autres pour les internes.

2.3 Méthode

Il s'agit d'une cohorte prospective menée d'octobre 2013 à avril 2015.

La population d'étude était les internes de médecine générale commençant leur premier semestre en novembre 2013 et présents aux choix de stage.

Les internes qui n'avaient pas rempli le questionnaire lors du premier semestre pouvaient tout de même le remplir lors des suivants.

Un mail était adressé aux internes lors des semaines précédant les choix de stages pour les informer de l'existence de cette étude. Les mails ont été obtenus via le département de médecine générale.

Le jour du choix, les internes travaillant sur le projet étaient présent sur un stand Intern-life Aquitaine où une collation était offerte. Une brève intervention était faite avant les choix dans l'amphithéâtre. Un flyer était distribué, précisant les modalités de l'étude. Dans les jours suivants, l'auto-questionnaire à remplir était en ligne et ce durant environ un mois. La durée moyenne pour le remplir était de vingt minutes. Plusieurs relances étaient faites par mail ainsi que sur les réseaux sociaux. Des interventions étaient également faites pendant les cours des internes.

L'étude a été sponsorisée par le LCL et le Groupe Pasteur mutualité. Nous avons également participé financièrement. Cela a permis de remettre aux étudiants des lots à chaque choix de stage afin de motiver leur participation.

Le premier recueil s'est donc effectué au temps T0 de l'étude et le dernier à T3. La figure 1 schématise les différents temps de recueil de données au sein de la cohorte.

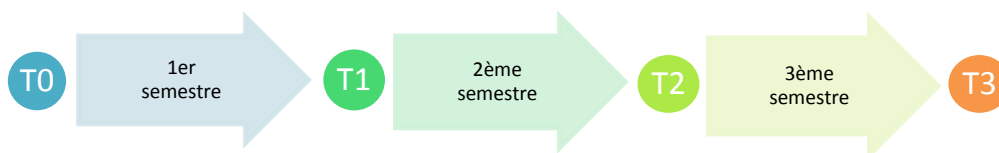


FIGURE 1 : RECUEIL DES DONNEES AU COURS DE L'ETUDE

Le MBI n'était pas présent dans le questionnaire à T0 car jugé non pertinent chez les internes ayant fini leur externat et ayant eu trois mois de vacances. Pour mon travail de thèse, les données recueillies s'étendent donc de T1 à T3.

Une question comportant le lieu géographique de stage a été rajoutée à T2 afin de tenir compte des disparités géographiques et climatiques en Aquitaine.

Comme dans la plupart des études francophones, nous avons utilisé la version du MBI validée de Dion et Tessier. Cette échelle comporte 22 items coté de 0 à 6 selon la fréquence de l'événement (Jamais : 0; Quelques fois par année, au moins : 1; Une fois par mois, au moins : 2; Quelques fois par mois : 3; Une fois par semaine : 4; Quelque fois par semaine : 5; Chaque jour : 6) (questionnaire en annexe 2).

Pour le domaine épuisement émotionnel, celui-ci est considéré bas lorsqu'il est inférieur à 18, haut lorsqu'il est supérieur à 29. La limite inférieure est 6 pour la dépersonnalisation et la limite supérieure est 11. Concernant la perte d'accomplissement personnel, lorsqu'il est bas, à l'inverse des autres dimensions, cela correspond à un niveau de burn out élevé. La limite inférieure est 34 et la limite supérieure 39. Pour plus de clarté, le tableau 1 résume cette cotation.

TABLEAU 1 : SCORE DE BURN OUT

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

Afin de pouvoir comparer à la littérature, nous avons choisi de calculer les scores globaux dans le premier domaine (EE) et dans les deux premiers domaines (EE et DP) pour parler de burn out.

2.4 Analyses statistiques

Le premier temps de l'analyse a été une analyse transversale univariée descriptive avec calcul de pourcentages, moyennes et écart-types.

Le second temps a été l'analyse transversale bivariée.

Les liens entre le burn out et les variables qualitatives ont été recherchées avec le test de Khi2 de Pearson.

Les liens entre le burn out et les variables quantitatives ont été recherchées avec le Kruskal-Wallis et le coefficient de corrélation de Spearman.

Le test de Wilcoxon Mann Whitney a été utilisé pour la comparaison de moyennes pour les données non paramétriques.

Une analyse en sous-groupes a été réalisée compte tenu des résultats obtenus lors de l'analyse transversale avec réalisation du test de Kruskal-Wallis pour évaluer la significativité de l'évolution du burn out.

Le troisième temps a été une analyse longitudinale sur l'ensemble de la population avec réalisation du test de Khi2 de Pearson pour l'évolution des variables qualitatives et du Kruskal-Wallis pour les données quantitatives

Le seuil de significativité a été fixé pour $p < 0.05$.

Les tests ont été réalisés à l'aide du logiciel R.

3 Résultats

3.1 Diagramme de Flux

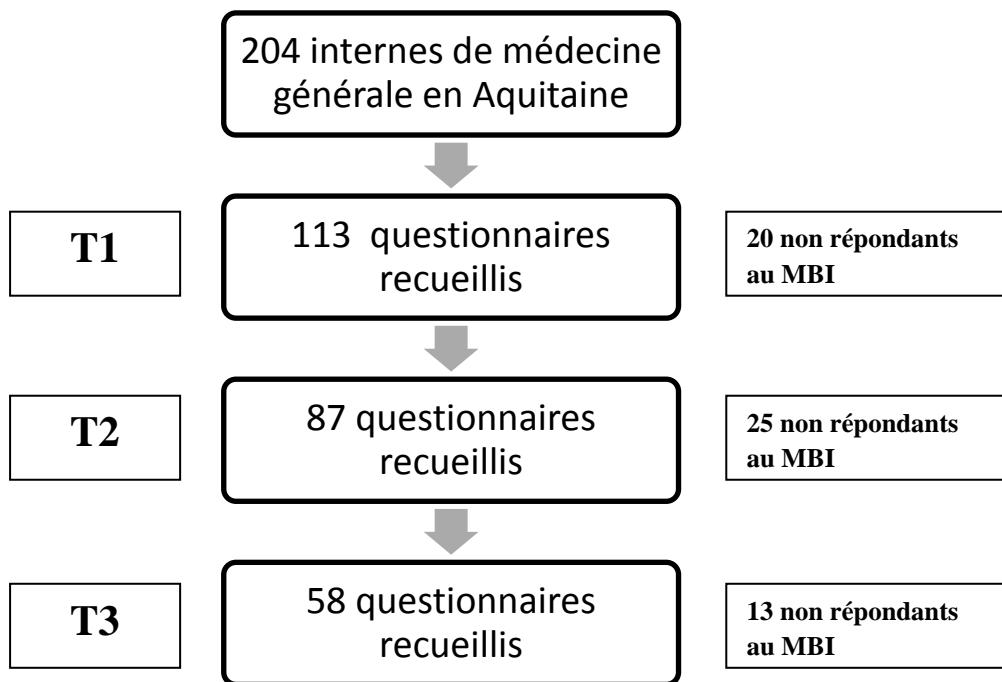


FIGURE 2 : DIAGRAMME DE FLUX DE L'ETUDE INTERN-LIFE AQUITAINE SUR T1, T2 ET T3.

3.2 Données démographiques

Le tableau 2 résume les caractéristiques sociodémographiques de la population.

La moyenne d'âge des internes était à T1 de 25,2 ans, à T2 de 25,5 ans et à T3 de 26,3 ans.

Tous temps confondus l'âge moyen était de 25.55 ans.

Deux tiers des répondants étaient des femmes.

TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION AUX 3 TEMPS DE L'ETUDE.

		T1 (n=93)	T2 (n=62)	T3 (n=45)
Sexe	F	74,2%	75,8%	75,6%
	M	25,8%	24,2%	24,4%
Statut Marital	C	51,6%	51,6%	46,7%
	EVE	26,9%	27,4%	40,0%
	EVS	21,5%	21,0%	13,3%

N : EFFECTIF EN VALEUR ABSOLUE. F : FEMININ. M : MASCULIN. C : CELIBATAIRE. EVE : EN COUPLE VIVANT ENSEMBLE ; EVS : EN COUPLE VIVANT SEPAREMENT.

3.3 Données sociales

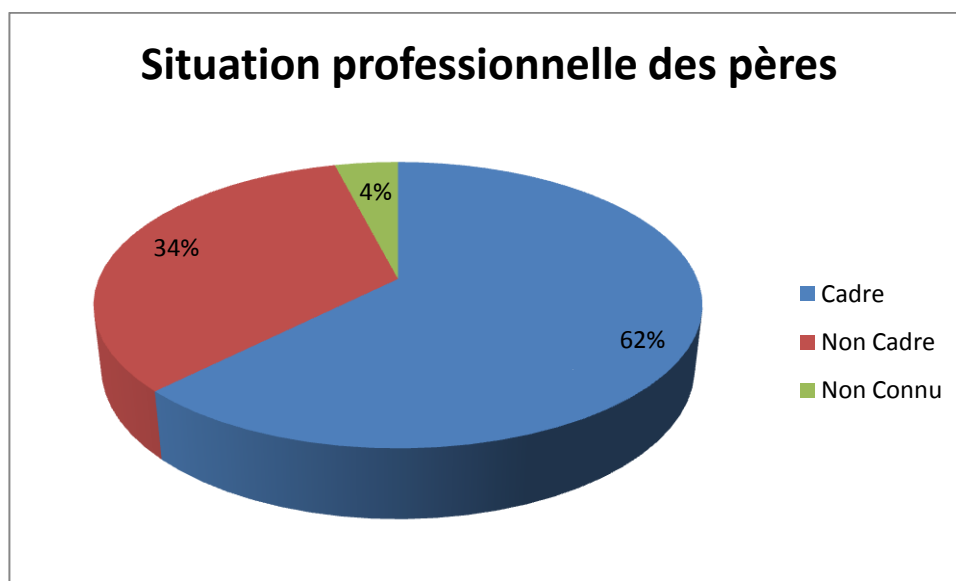


FIGURE 3 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES PERES.

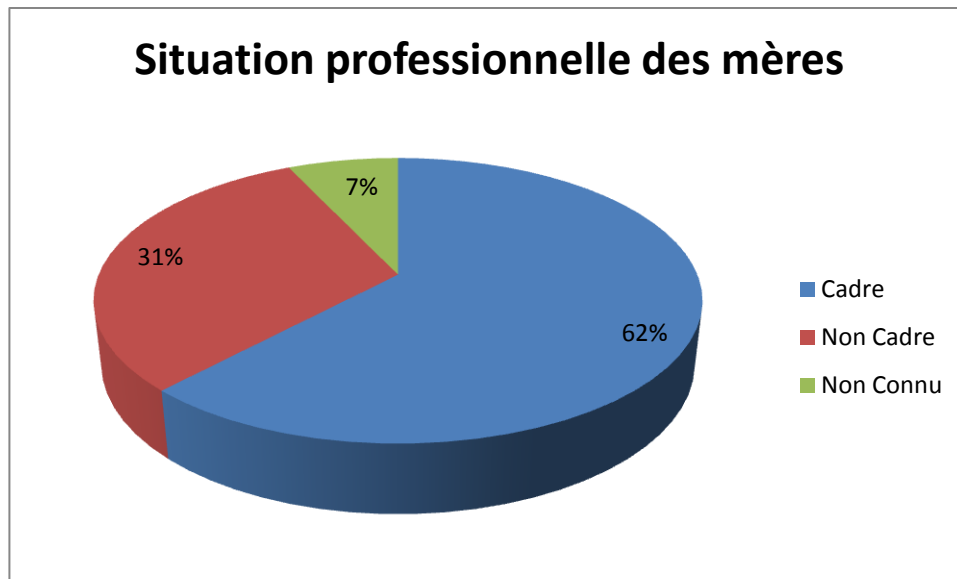


FIGURE 4 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES MERES.

La majorité des internes avaient des parents dont le statut professionnel était cadre.

3.4 Données professionnelles

Le tableau 3 donne la répartition par type de stage aux 3 temps de l'étude.

TABLEAU 3 : REPARTITION SELON LE TYPE DE STAGE

		T1 (n=93)	T2 (n=62)	T3 (n=45)
Libre	C	4,3%	3,2%	4,4%
	H	26,9%	21,0%	42,2%
Médecine Adulte	C	7,5%	11,3%	4,4%
	H	53,8%	40,3%	15,6%
Pédiatrie/Gynécologie	C	0,0%	0,0%	2,2%
	H	1,1%	0,0%	0,0%
Urgence	C	1,1%	6,5%	8,9%
	H	5,4%	17,7%	22,2%

C : CHU. H : HORS CHU. N: EFFECTIF EN VALEUR ABSOLUE

A T1 la majorité des internes effectuait leur stage en médecine adulte (61,3%) et hors CHU (87,1%).

A T3 les étudiants effectuaient majoritairement leur stage en stage libre et aux urgences (respectivement 46.7% et 31.1%) et hors CHU (80%).

On notera la faible prévalence d'internes réalisant leur stage en pédiatrie/gynécologie. Le tableau 4 montre la répartition des internes dans le lieu de stage à T2 et T3. Les internes réalisaient majoritairement leur stage en Gironde et dans les Pyrénées atlantiques.

TABLEAU 4 : REPARTITION SELON LE LIEU DE STAGE.

	T2 (n=62)	T3 (n=45)
Dordogne	11,3%	17,8%
Gironde	32,3%	40,0%
Landes	12,9%	13,3%
Lot-et-Garonne	16,1%	4,4%
Pyrénées Atlantiques	27,4%	24,4%
Non connu	0,0%	0,0%

N : EFFECTIF EN VALEUR ABSOLUE.

Le tableau 5 résume la charge de travail et la satisfaction des internes vis-à-vis de leur formation pratique.

L'échelle de satisfaction était cotée de 1 à 10 allant d'un stage pas du tout satisfaisant à tout à fait satisfaisant.

TABLEAU 5 : CHARGES ET SATISFACTION LIEES AU TRAVAIL (MOYENNE ET ECART-TYPE).

	T1 (n=93)	T2 (n=62)	T3 (n=45)
Note de Satisfaction	7,6 (1,6)	6,9 (2,0)	7,6 (2,1)
Heure travail / semaine	54,8 (10,5)	56 (9,5)	48,4 (10,9)
Garde / mois	2,6 (1,0)	2,7 (1,2)	2 (2,6)
WE libre / mois	2,7 (0,8)	2,5 (0,8)	3,4 (3,3)
Semaines vacances / semestre	2,3 (0,8)	2,7 (1,3)	2,7 (1,1)
Temps transport / jour en minutes	34,3 (39,2)	25,4 (34,4)	75,6 (154,2)

N : EFFECTIF EN VALEUR ABSOLUE.

3.5 Analyse transversale du burn out

3.5.1 Résultats à T1

Prévalence globale du burn out à T1

Selon la définition de burn out avec score élevé dans la première dimension (EE), la prévalence à T1 était de 22,6% et de 17,2% selon les deux premières dimensions (EE et DP).

TABLEAU 6 : PREVALENCE DU BURN OUT A T1.

	EE	DP	AP
T1 n=93			
Elevé	21 (22,6%)	39 (41,9%)	28 (30,1%)
Modéré	27 (29,0%)	38 (40,9%)	36 (38,7%)
Bas	45 (48,4%)	16 (17,2%)	29 (31,2%)

N : EFFECTIF.

La moyenne de burn out était de 20.6 +/-11 dans la dimension épuisement émotionnel. Cela correspond à un niveau modéré de burn out.

Dans la dimension dépersonnalisation, la moyenne était de 11 avec un écart-type de 5.8, soit un score modéré de burn out dans cette dimension.

Le niveau d'accomplissement personnel était de 36.6 +/-5.6, score également modéré.

Prévalence du burn out selon dans les stages à T1

Le tableau 7 montre la prévalence du burn out selon les types de stage.

TABLEAU 7 : PREVALENCE DU BURN OUT A T1 SELON LE TYPE DE STAGE.

T1	EE	EE + DP
Libre (n=29)	8 (27,6%)	7 (24,1%)
Médecine Adulte (n=57)	12 (21,1%)	8 (14,0%)
Pédiatrie-Gynécologie (n=1)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Urgences (n=6)	1 (16,7%)	1 (16,7%)

N : EFFECTIF. EE : EPUISEMENT EMOTIONNEL. EE+DP : EPUISEMENT EMOTIONNEL ET DEPERSONNALISATION

A T1, la prévalence de burn out la plus élevée était observée en stage libre, talonnée par le stage en médecine adulte.

Concernant les moyennes, seule le stage libre voyait la dimension dépersonnalisation élevée avec une moyenne de 12.9 +/- 6.4.

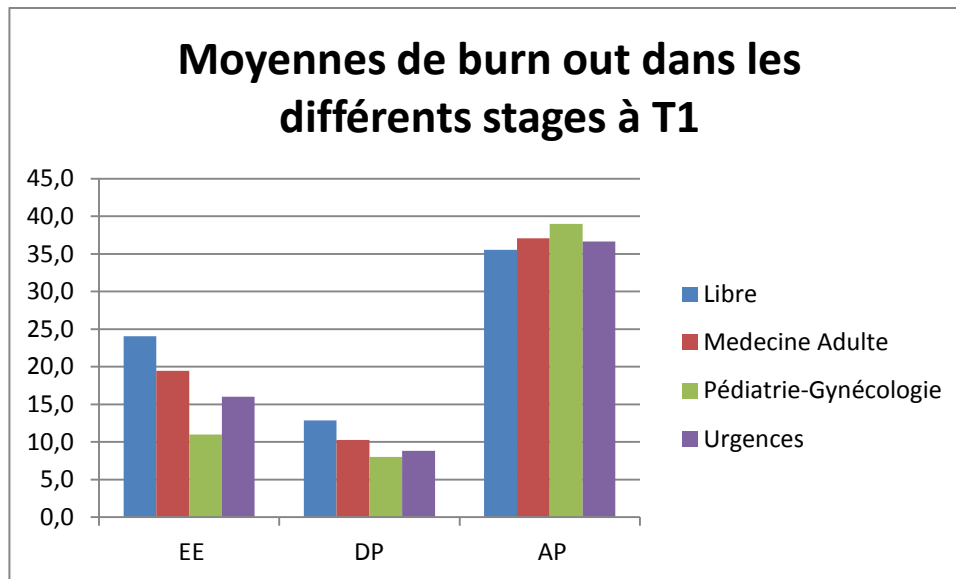


FIGURE 5 : MOYENNES DE BURN OUT DANS LES DIFFERENTS STAGES A T1

Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney retrouvait une différence significative de burn out pour le stage libre concernant la moyenne pour EE et DP (respectivement $p=0.018$ et $p=0.032$).

Prévalence du burn out au CHU à T1

Les internes au CHU étaient 41.7% à être en burn out à T1 pour EE et un quart pour deux dimensions.

TABLEAU 8 : PREVALENCE DU BURN OUT AU CHU ET HORS CHU A T1.

T1	EE	EE + DP
CHU (n=12)	5 (41,7%)	3 (25,0%)
Hors CHU (n=81)	16 (19,8%)	13 (16,0%)

N : EFFECTIF.

Le score moyen de burn out pour la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel était élevé au CHU (respectivement 13.7 ± 7.5 et 33.5 ± 5.7).

Les internes au CHU avaient des moyennes de burn out significativement plus élevées pour EE ($p=0.044$).

La figure 6 montre que les internes ayant réalisé leur stage à la fois au CHU et en stage libre avaient une moyenne élevée de burn out pour EE (35 ± 6.2) et pour DP (16.5 ± 10.7). Les internes ayant réalisé leur stage au CHU et en médecine adulte avaient une moyenne élevée de burn out dans la dimension dépersonnalisation (13 ± 5.7).

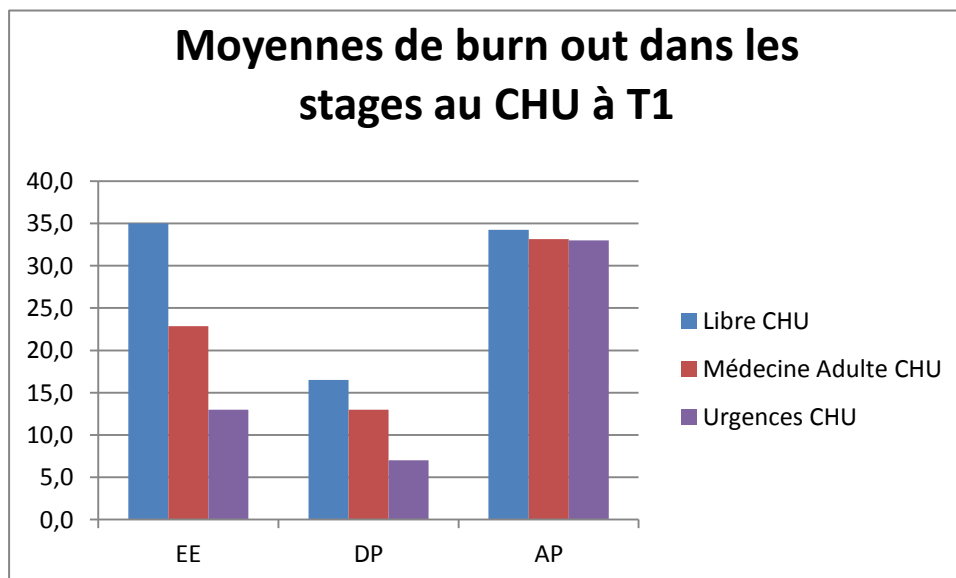


FIGURE 6 : MOYENNES DE BURN OUT POUR LES STAGES REALISES AU CHU A T1

Synthèse des résultats à T1

22.1% des internes étaient en burn out selon EE.

La prévalence du burn out était plus forte en stage libre et en médecine adulte.

Les internes au CHU avaient des scores plus élevés de burn out que les internes hors CHU.

Les internes au CHU et en stage libre avaient des scores de burn out élevés pour EE et DP.

Les internes au CHU et en médecine adulte avaient des scores de burn out élevés pour DP.

3.5.2 Résultats à T2

Prévalence globale du burn out à T2

Selon la première dimension (EE), 27.4% des internes étaient en burn out à T2 et 27.4% selon les deux premières dimensions.

TABLEAU 9 : PREVALENCE DU BURN OUT A T2.

	EE	DP	AP
T2 n=62			
Elevé	17 (27,4%)	31 (50,0%)	15 (24,2%)
Modéré	21 (33,9%)	18 (29,0%)	18 (29,0%)
Bas	24 (38,7%)	13 (21,0%)	29 (46,8%)

N : EFFECTIF.

La moyenne dans l'épuisement émotionnel était de 22.1 +/- 12.6 correspondant à un niveau modéré de burn out.

Le niveau de dépersonnalisation était de 12 +/- 7.2 soit un niveau élevé de burn out dans cette dimension.

L'accomplissement personnel avait un score modéré avec une moyenne et un écart-type de 37.8 +/- 5.9.

Prévalence du burn out dans les stages à T2

TABLEAU 10 : PREVALENCE DU BURN OUT A T2 SELON LE TYPE DE STAGE.

T2	EE	EE + DP
Libre (n=15)	4 (26,7%)	4 (26,7%)
Médecine Adulte (n=32)	7 (21,9%)	7 (21,9%)
Urgences (n=15)	6 (40,0%)	6 (40,0%)

N=EFFECTIF.

A T2, le stage aux urgences rencontrait la plus forte prévalence de burn out.

Les internes aux urgences avaient une moyenne de burn out élevée pour la dépersonnalisation (14.4 +/-7.2) ainsi que le stage libre (12.7 +/- 6.9).

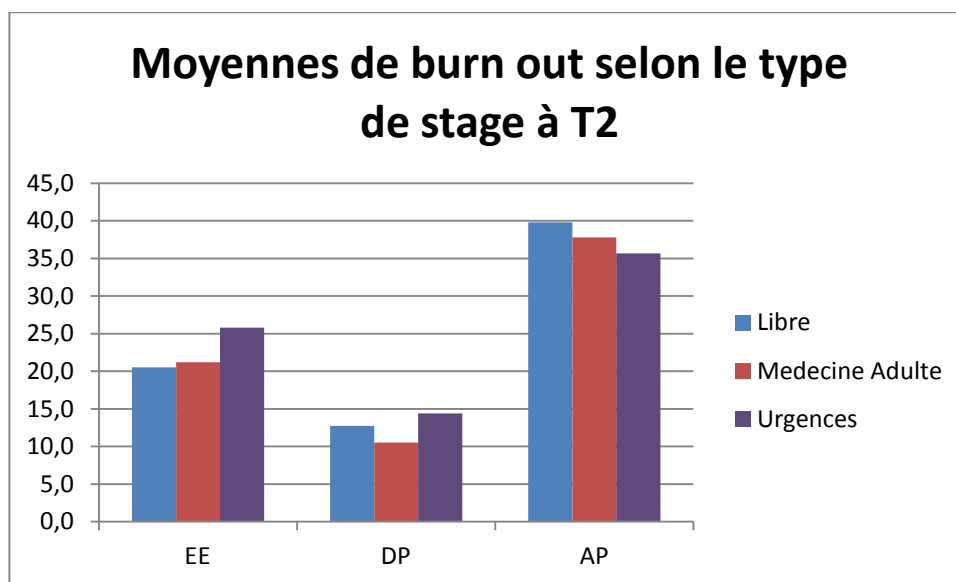


FIGURE 7 : MOYENNES DE BURN OUT DANS LES DIFFERENTS STAGES A T2

Les résultats du test de Wilcoxon Mann-Whitney n'étaient pas significatifs. On ne peut donc pas conclure à un score de burn out plus élevé aux urgences que dans les autres stages à T2.

Prévalence du burn out au CHU à T2

Les internes au CHU étaient 53.8% à être en burn out selon EE et selon les deux premières dimensions. Hors CHU, 20.4% des internes respectivement selon l'épuisement émotionnel et les deux premières dimensions étaient en burn out.

TABLEAU 11 : PREVALENCE DU BURN OUT AU CHU ET HORS CHU A T2.

T2	EE	EE + DP
CHU (n=13)	7 (53,8%)	7 (53,8%)
Hors CHU (n=49)	10 (20,4%)	10 (20,4%)

N : EFFECTIF.

Le niveau de burn out était élevé pour la dépersonnalisation au CHU et modéré hors CHU (respectivement 12.6 +/-9.3 et 11.8 +/-6.7).

Le test de Wilcoxon Mann-Whitney montrait des moyennes statistiquement significatives pour la première définition du burn out élevé (p=0.023). A T2 les internes au CHU avaient donc des scores moyens de burn out statistiquement plus élevés pour l'épuisement émotionnel que les internes hors CHU.

La figure 8 montre les moyennes de burn out dans les différents stages réalisés au CHU à T2. Les moyennes de burn out pour EE et DP correspondaient à un niveau élevé de burn out en médecine adulte (respectivement 31.6 +/-11.2 et 12 +/-9.1).

Les internes en stage au CHU et aux urgences avaient une moyenne de burn out élevée dans la dimension dépersonnalisation (14.5 +/- 10.1).

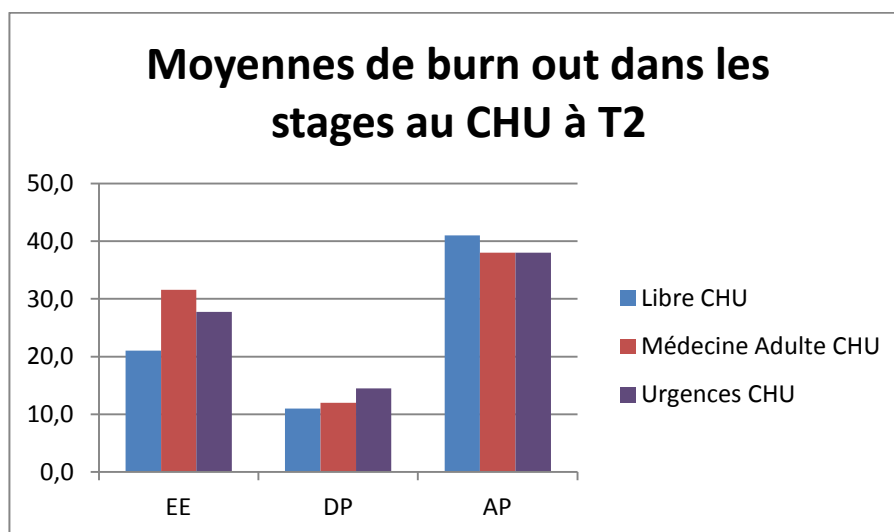


FIGURE 8 : MOYENNES DE BURN OUT POUR LES STAGES REALISES AU CHU A T2.

Prévalence de burn out dans les départements à T2

TABLEAU 12 : PREVALENCE DU BURN OUT A T2 SELON LE LIEU DE STAGE.

T2	EE	EE + DP
Dordogne (n=7)	3 (42,9%)	3 (42,9%)
Gironde (n=20)	10 (50,0%)	10 (50,0%)
Landes (n=8)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Lot-et-Garonne (n=10)	3 (30,0%)	3 (30,0%)
Pyrénées Atlantiques (n=17)	1 (5,9%)	1 (5,9%)

N : EFFECTIF.

La Gironde connaissait la plus forte prévalence de burn out avec 50% selon les deux définitions du burn out choisies dans cette étude. Suivaient la Dordogne et le Lot-et-Garonne. On note l'absence d'internes en burn out dans les Landes.

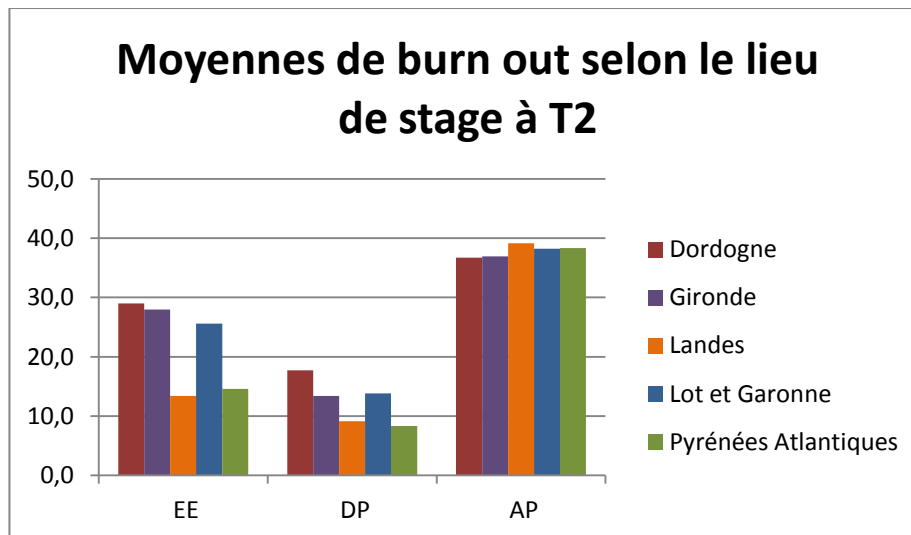


FIGURE 9 : MOYENNES DE BURN OUT DANS LES DIFFERENTS LIEUX DE STAGE A T2.

Des scores moyens élevés de burn out selon la dépersonnalisation s'observaient en Dordogne (17,7 +/-7.2), dans le Lot-et-Garonne (13.8 +/- 4.9) et en Gironde (13.4 +/- 8.1).

L'analyse statistique montre des différences significatives pour l'épuisement émotionnel en Gironde et pour la dépersonnalisation en Dordogne (respectivement $p=0.012$ et $p=0.018$).

Synthèse des résultats à T2

27.4% des internes étaient en burn out selon EE et selon EE et DP.

Les urgences avaient le plus d'internes en burn out.

Les internes au CHU avaient des scores plus élevés de burn out que les internes hors CHU pour DP.

Les internes au CHU et en médecine adulte avaient des scores de burn out élevés pour EE et DP.

Les internes en stage au CHU et aux urgences avaient des scores de burn out élevés pour DP.

3.5.3 Résultats à T3

Prévalence globale du burn out à T3

A T3, 24.4% des internes étaient en burn out dans la dimension épuisement émotionnel et 17.8% selon les deux premières dimensions.

Le niveau de burn out selon EE était modéré (19.5 +/- 12.5) ainsi que la dépersonnalisation (10.8 +/- 7) et l'accomplissement personnel (38.5 +/- 7.4).

TABLEAU 13 : PREVALENCE DU BURN OUT A T3.

	EE	DP	AP
T3 n=45			
Elevé	11 (24,4%)	18 (40,0%)	8 (17,8%)
Modéré	10 (22,2%)	15 (33,3%)	13 (28,9%)
Bas	24 (53,3%)	12 (26,7%)	24 (53,3%)

N : EFFECTIF.

On note que l'accomplissement personnel était à un niveau faible de burn out pour 53.3% des internes.

Prévalence du burn out dans les stages à T3

TABLEAU 14 : PREVALENCE DU BURN OUT A T3 SELON LE TYPE DE STAGE.

T3	EE	EE + DP
Libre (n=21)	2 (9,5%)	1 (4,8%)
Médecine Adulte (n=9)	5 (55,6%)	5 (55,6%)
Pédiatrie-Gynécologie (n=1)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Urgences (n=14)	4 (28,6%)	2 (14,3%)

N : EFFECTIF.

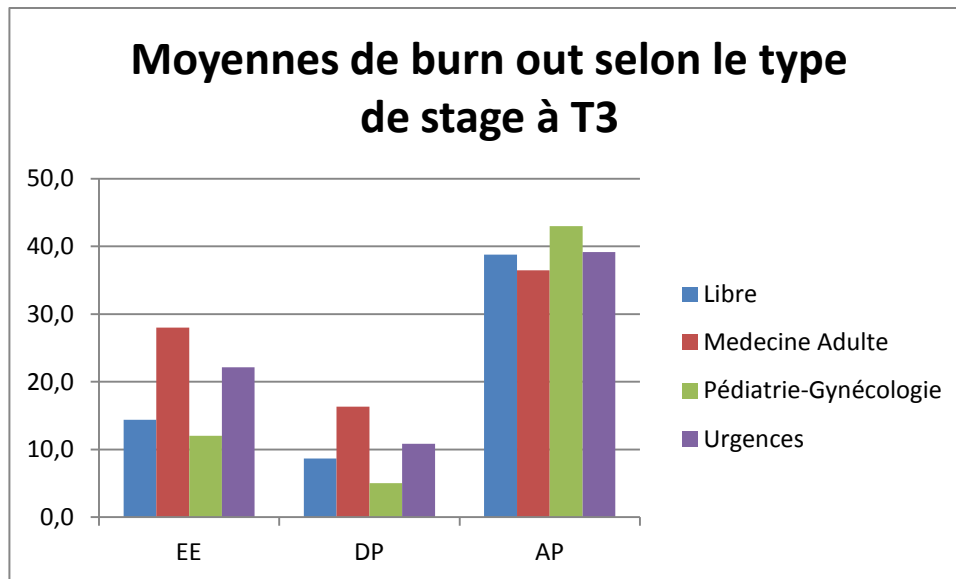


FIGURE 10 : MOYENNES DE BURN OUT DANS LES DIFFERENTS STAGES A T3.

La prévalence de burn out la plus élevée à T3 s’observait en médecine adulte avec 55.6% des internes touchés selon la première (EE) et les deux premières dimensions (EE+DP). Les urgences voyaient également leurs internes touchés par le burn out avec 28.6% selon la première dimension et 14.3% selon les deux premières dimensions.

Le moyenne de burn out était modérée avec 28.8 +/- 10.8 concernant l’épuisement émotionnel en médecine adulte. Les internes y sont en revanche très dépersonnalisés avec un score moyen de 16.3 +/- 8.

Les scores de burn out en médecine adulte étaient statistiquement plus élevés ($p=0.023$) pour l’épuisement émotionnel et pour la dépersonnalisation ($p=0.01$).

Prévalence du burn out au CHU à T3

TABLEAU 15 : PREVALENCE DU BURN OUT AU CHU ET HORS CHU A T3.

T3	EE	EE + DP
CHU (n=9)	2 (22,2%)	2 (22,2%)
Hors CHU (n=36)	9 (25,0%)	6 (16,7%)

N : EFFECTIF.

Les niveaux de burn out au CHU et hors CHU étaient modérés sauf concernant l’accomplissement personnel au CHU qui montrait un faible niveau de burn out avec 40.9 +/- 4.1.

La comparaison des moyennes des scores de burn out au CHU et hors CHU ne retrouve pas de différence significative.

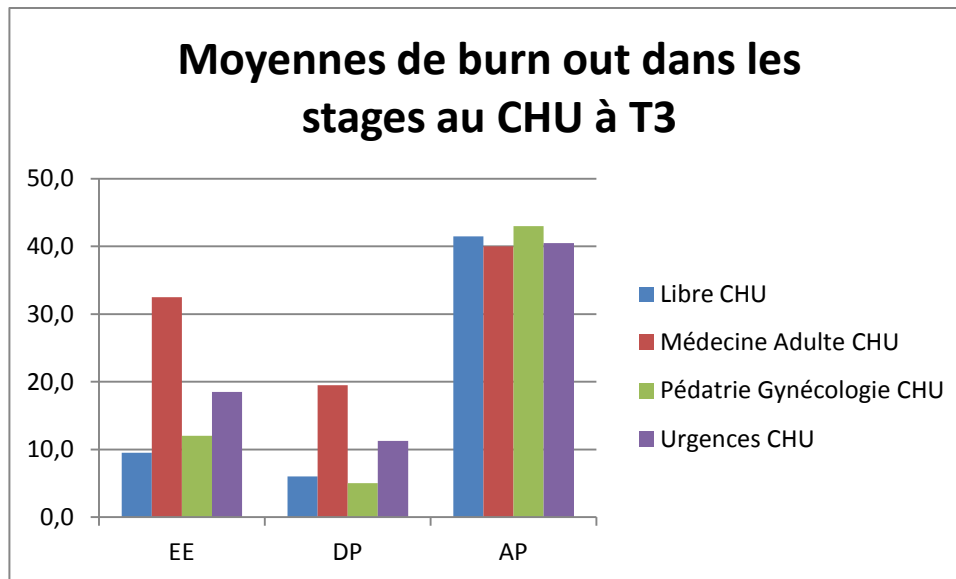


FIGURE 11 : MOYENNES DE BURN OUT POUR LES STAGES REALISES AU CHU A T3.

La figure 11 montre les moyennes de burn out dans les stages réalisés au CHU à T3. La médecine adulte avait une moyenne de burn out élevée pour EE et DP (respectivement 32.5 +/- 0.7 et 19.5 +/- 2.1).

Prévalence du burn out dans les départements à T3

TABLEAU 16 : PREVALENCE DU BURN OUT A T3 SELON LE LIEU DE STAGE.

T3	EE	EE + DP
Dordogne (n=8)	4 (50,0%)	4 (50,0%)
Gironde (n=18)	4 (22,2%)	3 (16,7%)
Landes (n=6)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Lot-et-Garonne (n=2)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Pyrénées Atlantiques (n=11)	2 (18,2%)	1 (9,1%)

N : EFFECTIF.

A T3, la Dordogne était le département le plus touché par le burn out avec une prévalence de 50% selon EE et selon les deux premières dimensions.

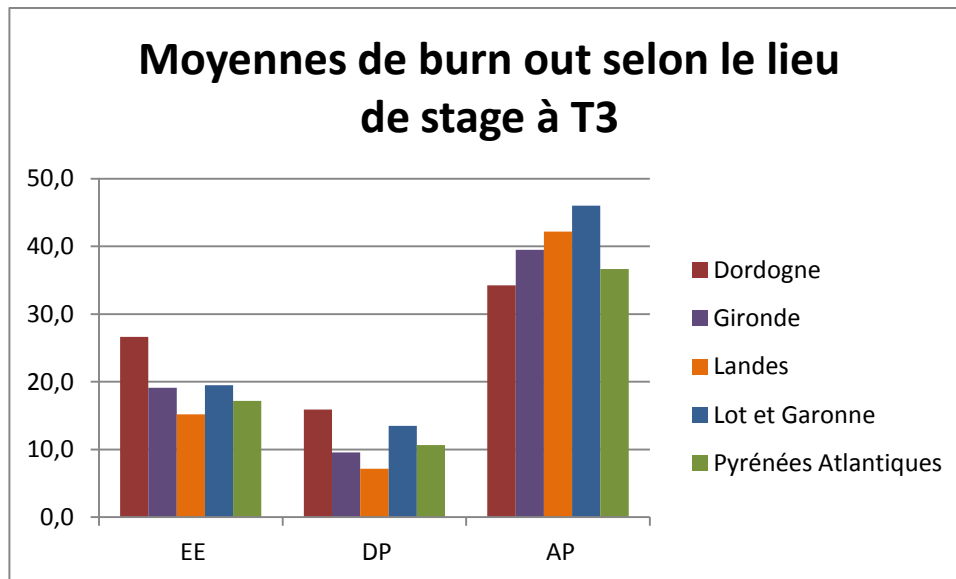


FIGURE 12 : MOYENNES DE BURN OUT DANS LES DIFFERENTS LIEUX DE STAGE A T3

Les internes de Dordogne avaient la moyenne la plus élevée de burn out dans la deuxième dimension (15.9 +/- 7.6). Dans le Lot-et-Garonne, la dépersonnalisation atteint également une moyenne élevée de burn out avec 13.5 +/- 9.2.

Ces moyennes de burn out ont des différences statistiquement significatives pour la dimension dépersonnalisation en Dordogne ($p=0.021$).

Synthèse des résultats à T3

24.4% des internes étaient en burn out selon EE.

La médecine adulte et les urgences avaient le plus grand nombre d'internes en burn out.

Les internes au CHU et en médecine adulte avaient des scores de burn out élevés pour EE et DP.

La Dordogne comptait 50% d'internes en burn out, la Gironde 22.2% pour EE.

3.6 Analyse en sous-groupe

3.6.1 Données socio démographiques

Afin d'affiner les résultats obtenus, nous avons réalisé une analyse sur les internes ayant répondu aux trois temps de l'étude. Ils étaient 27 à avoir répondu au MBI aux trois temps d'étude.

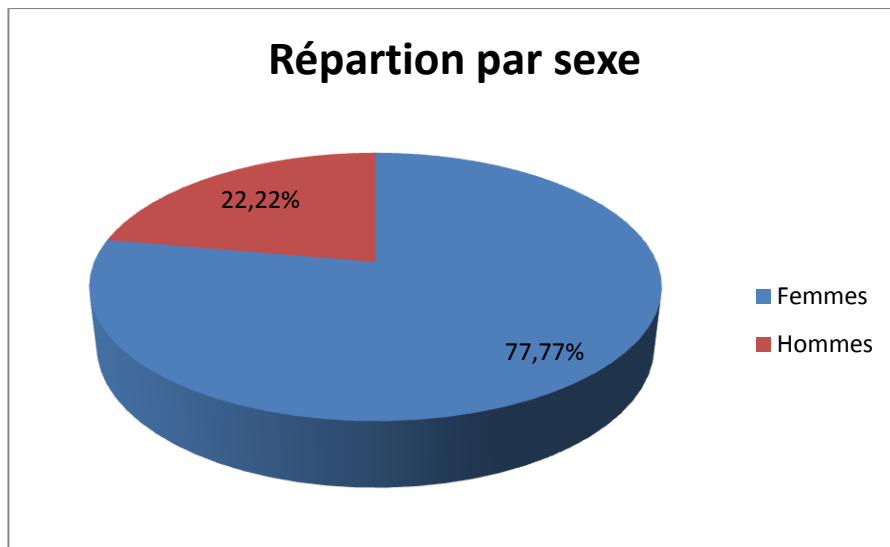


FIGURE 13 : REPARTITION PAR SEXE DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

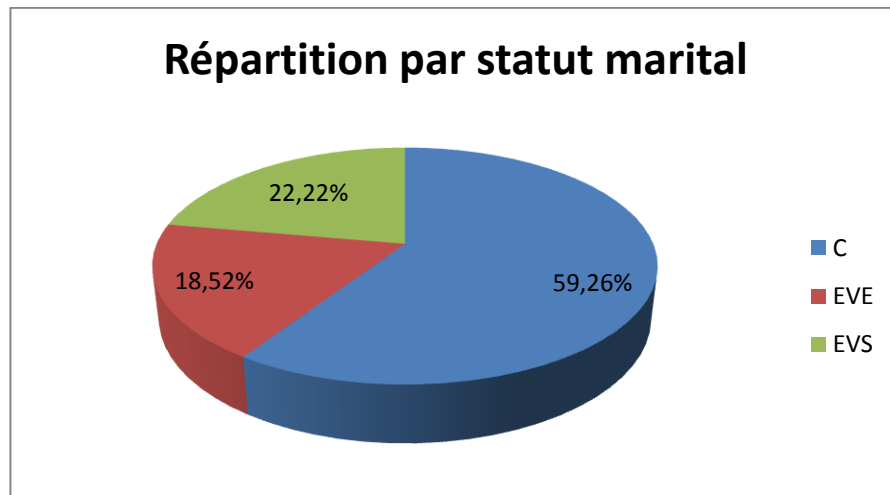


FIGURE 14 : REPARTITION SELON LE STATUT MARITAL DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE

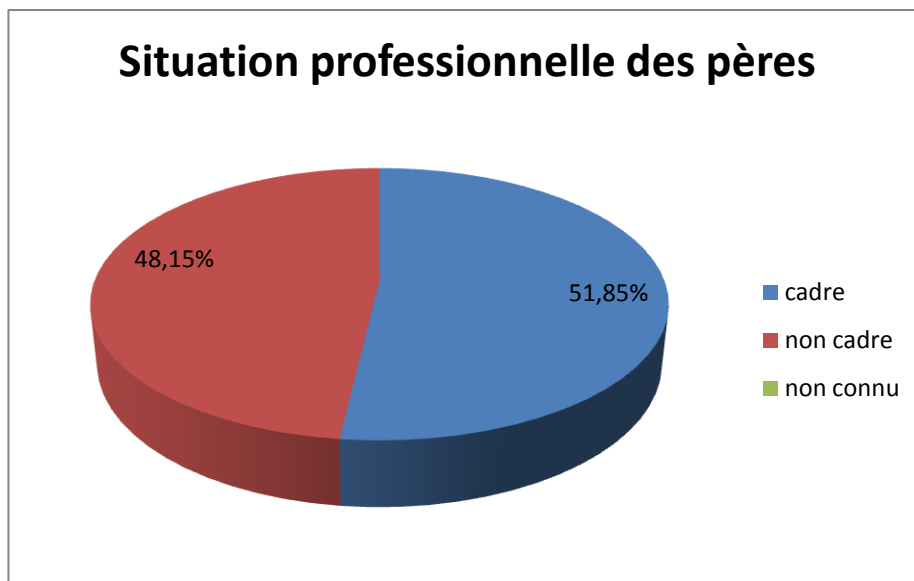


FIGURE 15 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES PERES DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

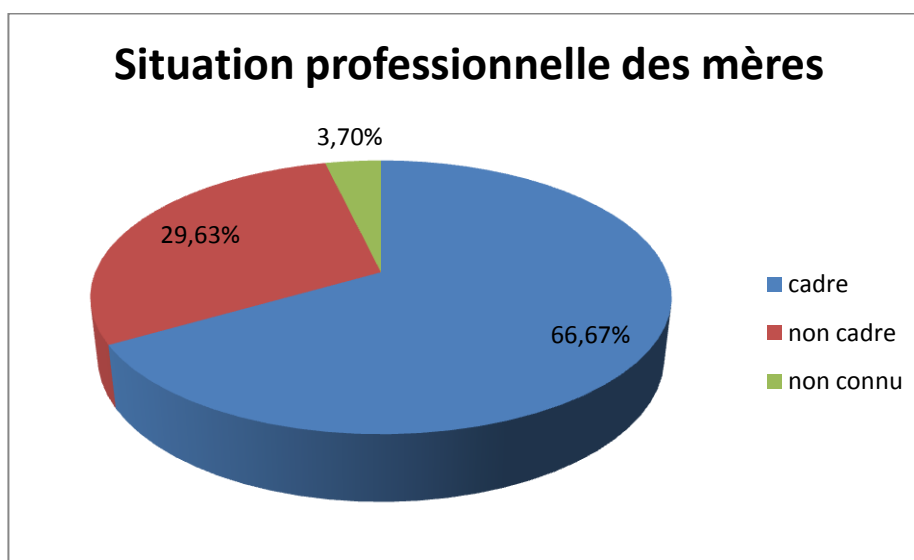


FIGURE 16 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES MERES DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

3.6.2 Données professionnelles

TABLEAU 17 : REPARTITION SELON LE TYPE DE STAGE DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

		T1 (n=27)	T2 (n=27)	T3 (n=27)
libre	C	0,0%	3,7%	7,4%
	H	22,2%	25,9%	48,2%
Médecine Adulte	C	7,4%	7,4%	3,7%
	H	51,9%	44,4%	11,1%
Pédiatrie/Gynécologie	C	0,0%	0,0%	3,7%
	H	3,7%	0,0%	0,0%
Urgences	C	0,0%	0,0%	7,4%
	H	14,8%	18,5%	18,5%

N : EFFECTIF.

TABLEAU 18 : REPARTITION SELON LE LIEU DE STAGE DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

	T2 (n=27)	T3 (n=27)
Dordogne	14,8%	14,8%
Gironde	22,2%	37,04%
Landes	14,8%	14,8%
Lot-et-Garonne	22,2%	7,4%
Pyrénées Atlantiques	25,9%	25,9%
Non connu	0,0%	0,0%

N : EFFECTIF.

TABLEAU 19 : CHARGES ET SATISFACTION LIEES AU TRAVAIL DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE (MOYENNE ET ECART-TYPE).

	T1 (n=27)	T2 (n=27)	T3 (n=27)
Note de Satisfaction	7,6 (1,9)	6,8 (2,1)	7,4 (2,04)
Heure travail / semaine	54,6 (6,7)	54,6 (8,9)	46 (11,2)
Garde / mois	2,7 (0,9)	2,7 (1,3)	1,7 (2,3)
WE libre / mois	2,7 (0,8)	2,7 (0,8)	3 (1,2)
Semaines vacances / semestre	2,2 (0,6)	2,7 (0,9)	2,7 (1,1)
Temps transport / jour en minutes	33,0 (42,2)	30,6 (44,5)	59,4 (52,3)

N : EFFECTIF.

3.6.3 Analyse transversale en sous-groupe

A T1, la prévalence des internes en burn out pour l'épuisement émotionnel et pour la dépersonnalisation était de 3.7%. La moyenne de burn out correspondait à un burn out bas pour EE et DP et à un burn out modéré pour AP.

TABLEAU 20 : PREVALENCE DU BURN OUT A T1 DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

	EE	DP	AP
T1 n=27			
Elevé	1 (3,7%)	8 (29,6%)	6 (22,2%)
Modéré	6 (22,2%)	13 (48,1%)	9 (33,3%)
Bas	20 (74%)	6 (22,2%)	12 (44,4%)

N : EFFECTIF.

Selon le stage, 25% des internes aux urgences étaient en burn out pour une et deux dimensions. Les moyennes des scores de burn out n'avaient pas de niveau élevé.

Aucun interne n'était en burn out au CHU. Les moyennes de burn out pour EE et DP ne correspondaient pas un burn out élevé. La moyenne de burn out pour l'accomplissement personnel correspondait à un niveau élevé de burn out au CHU (30+/-11.3).

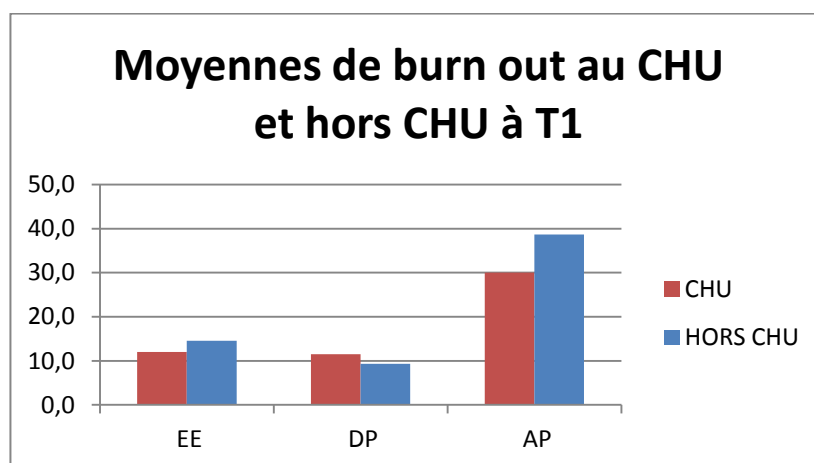


FIGURE 17 : MOYENNES DE BURN OUT AU CHU ET HORS CHU A T1 DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

La figure 18 montre les moyennes de burn out dans les différents stages réalisés au CHU. La moyenne de burn out correspondait à un niveau élevé pour l'accomplissement personnel en médecine adulte (30+/- 11.3).

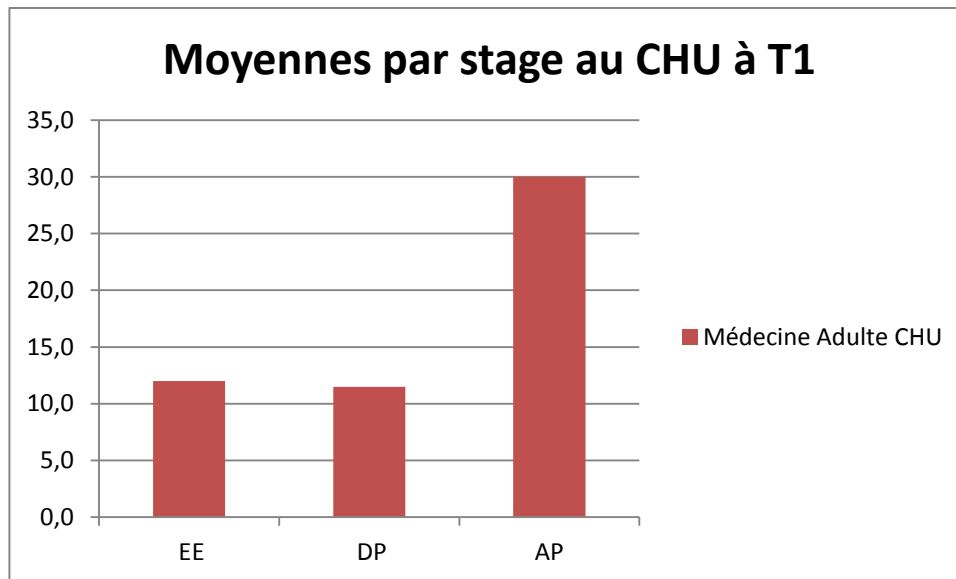


FIGURE 18 : MOYENNES DE BURN OUT POUR LES STAGES REALISES AU CHU A T1.

A T2, la prévalence des internes en burn out selon l'épuisement émotionnel et selon l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation était de 18.5%. Les moyennes de burn out correspondaient à un burn out modéré pour les trois dimensions.

TABLEAU 21 : PREVALENCE DU BURN OUT A T2 DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

	EE	DP	AP
T2 n=27			
Élevé	5 (18,5%)	13 (48,1%)	6 (22,2%)
Modéré	12 (44,4%)	10 (37%)	8 (29,6%)
Bas	10 (37%)	4 (14,8%)	13 (48,1%)

N : EFFECTIF.

Les internes étaient 22.2% à être en burn out en stage libre et 21.4% en stage de médecine adulte. La moyenne des scores de burn out correspondait à un burn out élevé pour la dépersonnalisation en stage libre (14.8+/-5.8).

Hors CHU, 12.5% des internes étaient en burn out et 66.6% l'étaient au CHU. La moyenne de burn out correspondait à un niveau élevée au CHU pour EE (32+/-14.5) et DP (14+/-7.5).

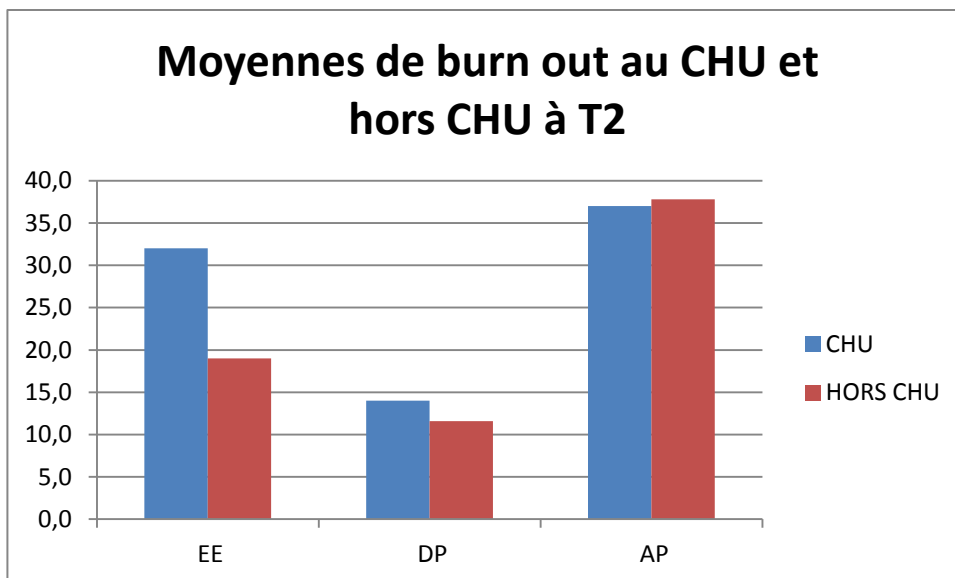


FIGURE 19 : MOYENNES DE BURN OUT AU CHU ET HORS CHU A T2.

La figure 20 montre les moyennes pour les différents stages réalisés au CHU. Les moyennes de burn out étaient élevées pour EE en stage libre et en médecine adulte (respectivement 33+/-0 et 31.5+/-20.5) et pour DP en stage libre (21+/-0).

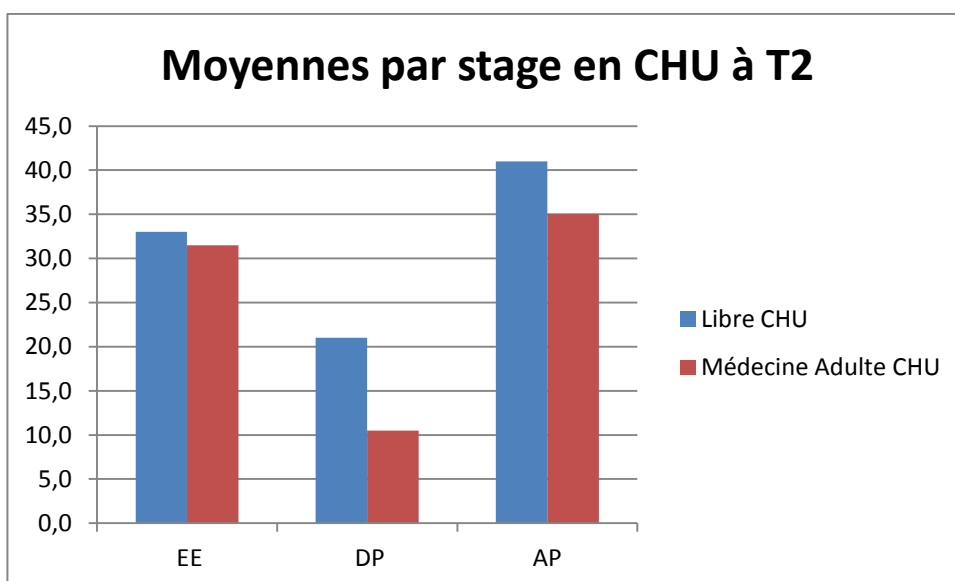


FIGURE 20 : MOYENNES DE BURN OUT POUR LES STAGES REALISES AU CHU A T2.

Les internes du Lot-et-Garonne étaient 33.3% à être en burn out, 25% en Dordogne, 22.2% en Gironde. Dans ces trois départements, les moyennes correspondaient à un burn out élevé pour la dépersonnalisation.

A T3, la prévalence des internes en burn out selon l'épuisement émotionnel était de 22.2% et selon l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation de 14.8%. Les moyennes de burn out correspondaient à un burn out modéré pour les trois dimensions.

TABLEAU 22 : PREVALENCE DU BURN OUT A T3 DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

	EE	DP	AP
T3 n=27			
Elevé	6 (22,2%)	9 (33,3%)	4 (14,8%)
Modéré	5 (18,5%)	11 (40,7%)	6 (22,2%)
Bas	16 (59,2%)	7 (25,9%)	17 (62,9%)

N : EFFECTIF.

Les internes en stage aux urgences étaient 42.9% à être en burn out selon EE et 28.6% selon EE+DP. Les internes en médecine adulte étaient 33.3% en burn out pour une seule dimension (EE) et pour deux dimensions (EE+DP). En médecine adulte la moyenne de burn out était élevée pour la dépersonnalisation.

Hors CHU, 23.8% des internes étaient en burn out dans une dimension (EE) et 14.3% pour deux dimensions (EE+DP). Ils étaient 16.6% en burn out au CHU avec atteinte d'une et de deux dimensions. Les moyennes de burn out n'étaient pas élevées.

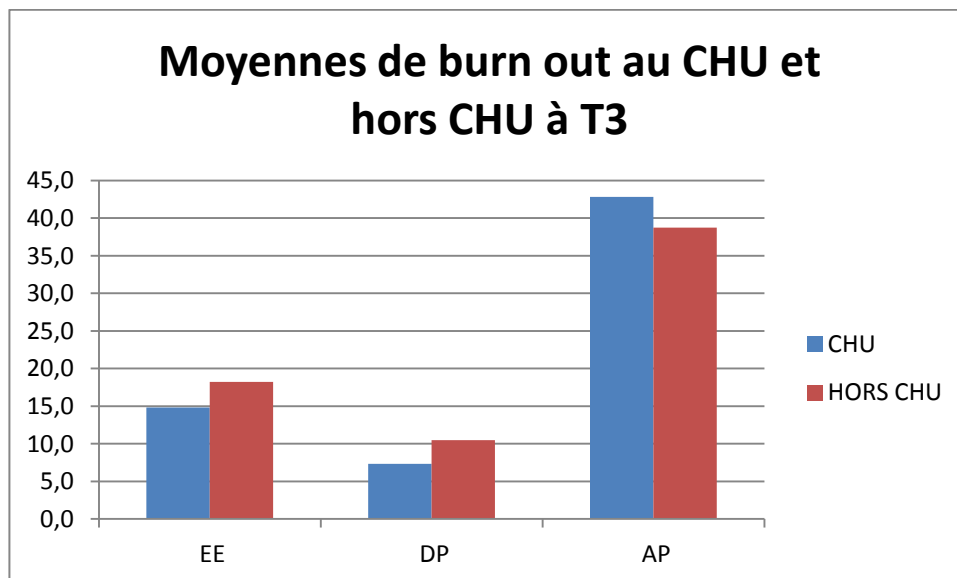


FIGURE 21 : MOYENNES DE BURN OUT AU CHU ET HORS CHU A T3.

La figure 22 montre les moyennes de burn out dans les différents stages au CHU. La moyenne de burn out était élevée en médecine adulte dans la dimension épuisement émotionnel (33+/-0) et dans la dimension dépersonnalisation (21+/-0).

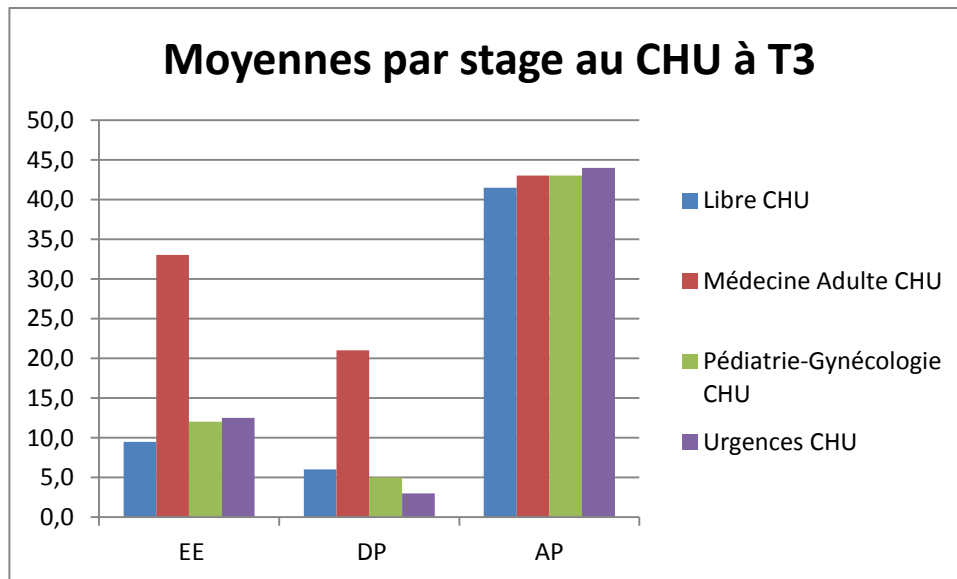


FIGURE 22 : MOYENNES DE BURN OUT POUR LES STAGES REALISES AU CHU A T3.

La prévalence était de 25% en Gironde et dans les Landes, 20% en Dordogne pour l'épuisement émotionnel. Selon deux dimensions (EE+DP), étaient concerné par le burn out 20% des internes en stage en Dordogne et 16.7% en Gironde. La dépersonnalisation avait une moyenne de burn out élevée dans le Lot-et-Garonne (13.5+/-9.2).

3.6.4 Analyse longitudinale en sous-groupe

Un interne était en burn out à T1 et l'était toujours à T3 pour EE et DP. Cet interne était d'abord en stage aux urgences, puis en stage libre au CHU en Gironde puis en médecine adulte au CHU en Gironde.

Deux internes à T2 était en burn out dans les trois dimensions (EE, DP, AP). Ils étaient en stage en médecine hors CHU, l'un en Gironde, l'autre en Dordogne.

Deux autres internes à T3 étaient en burn out dans les trois dimensions (EE, DP, AP). Ils étaient en stage en en Gironde hors CHU, l'un aux urgences, l'autre en stage libre.

La prévalence globale était de 14.6% pour EE et 12.4% pour DP.

La figure 23 montre l'évolution du burn out aux trois temps de l'étude.

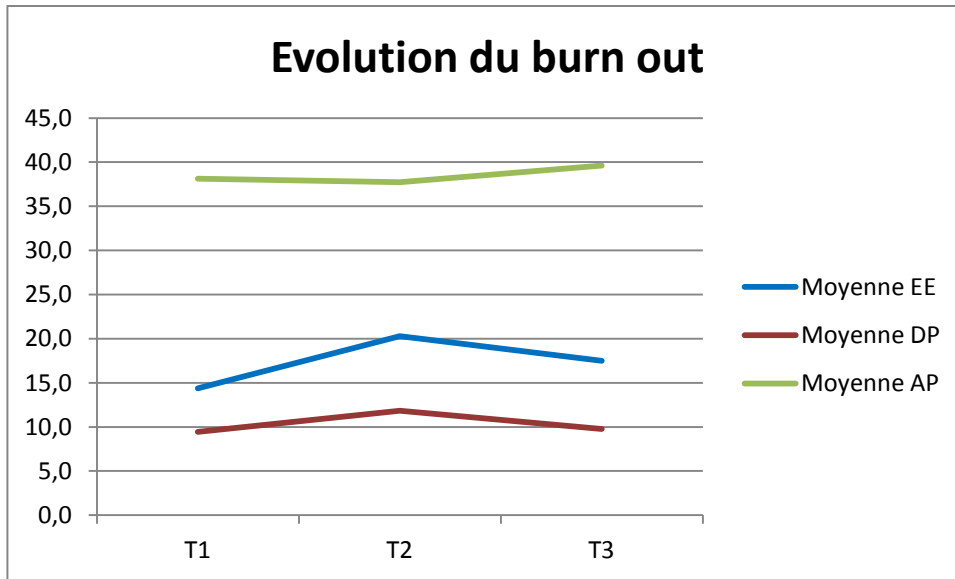


FIGURE 23 : EVOLUTION DU BURN OUT AUX TROIS TEMPS DE L'ETUDE POUR L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

Un test de Kruskal-Wallis a été réalisé afin de déterminer qu'elle était l'influence du temps sur les différentes dimensions du burn out. La différence des scores n'est significative pour aucune dimension.

Afin d'évaluer s'il y avait une différence selon le sexe, nous avons réalisé le même test sur la population des femmes. Chez celles-ci, on observait une tendance ($p=0.085$) pour l'évolution de l'épuisement émotionnel entre T1 et T2.

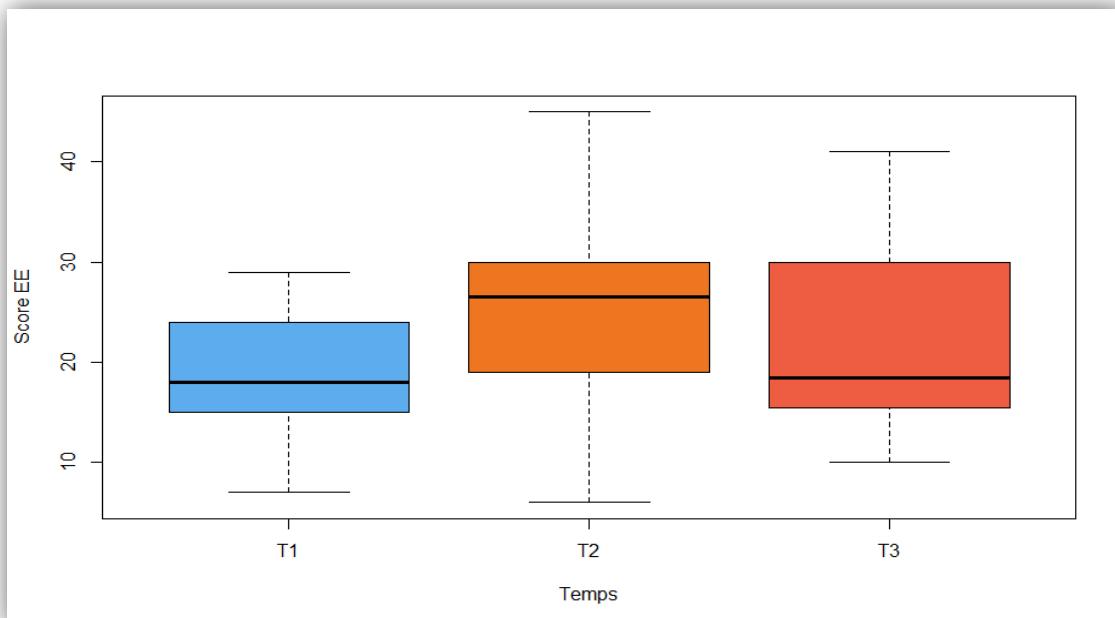


FIGURE 24 : DISPERSION DE L'EPUISEMENT EMOTIONNEL CHEZ LES FEMMES DANS L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE.

Synthèse de l'analyse en sous-groupe

Un interne était en burn out (3.7%) selon EE à T1, 18.5% à T2 et 22.2% à T3.

Les urgences avaient le plus d'internes en burn out à T1 et à T3.

Le stage libre et la médecine adulte avaient les plus fortes prévalences à T2.

Les internes au CHU avaient des scores plus élevés de burn out que les internes hors CHU pour EE et DP à T2.

Les internes au CHU et en médecine adulte avaient des scores de burn out élevés pour EE à T2 et T3.

La Gironde avait la plus forte prévalence d'internes en burn out à T2 et T3.

3.7 Analyse longitudinale du burn out

3.7.1 Evolution du burn out

L'évolution du burn out ne montrait pas de différence statistiquement significative avec le test Khi 2 au cours de l'étude pour l'épuisement émotionnel et pour deux dimensions.

TABLEAU 23 : SIGNIFICATIVITE DE L'EVOLUTION DU BURN OUT.

	T1 vs T2		T2 vs T3		T1 vs T3	
EE	Khi ²	0.4927	Khi ²	0.7296	Khi ²	0.8079
EE + DP	Khi ²	0.128	Khi ²	0.2446	Khi ²	0.9336

La moyenne de burn out tous temps confondus était de 20.8 +/- 11.8 pour l'épuisement émotionnel, de 11.2 +/- 6.5 pour la dépersonnalisation et de 37.4 +/- 6.1 pour l'accomplissement personnel. Les moyennes de burn out en Aquitaine étaient donc modérées. Le diagramme montre une évolution ascendante de la moyenne de burn out concernant l'accomplissement personnel alors que pour les autres dimensions la cinétique était stable. Cette évolution était statistiquement significative entre T1 et T2 (p=0.01) et T1 et T3 (p=0.003).

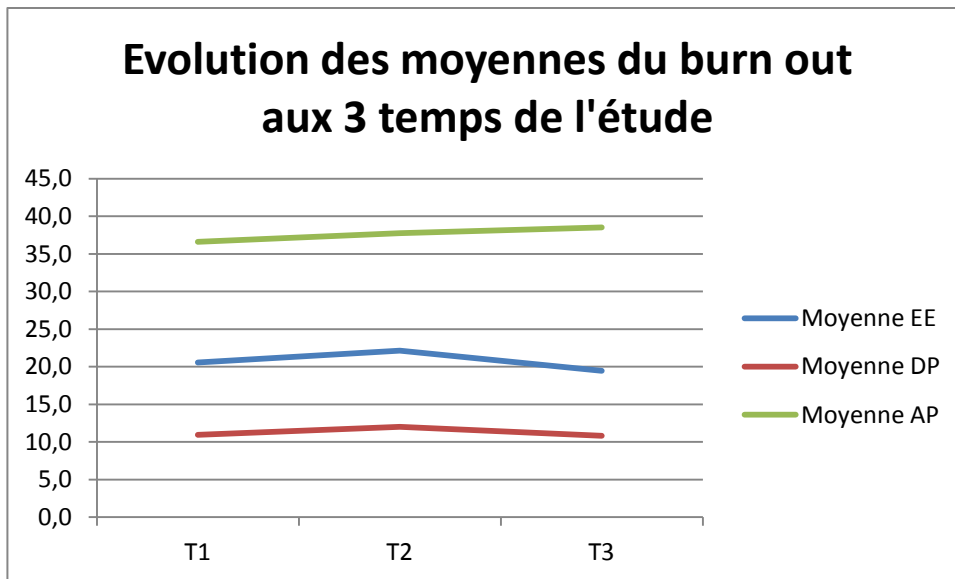


FIGURE 25 : EVOLUTION DES MOYENNES DU BURN OUT AUX 3 TEMPS DE L'ETUDE.

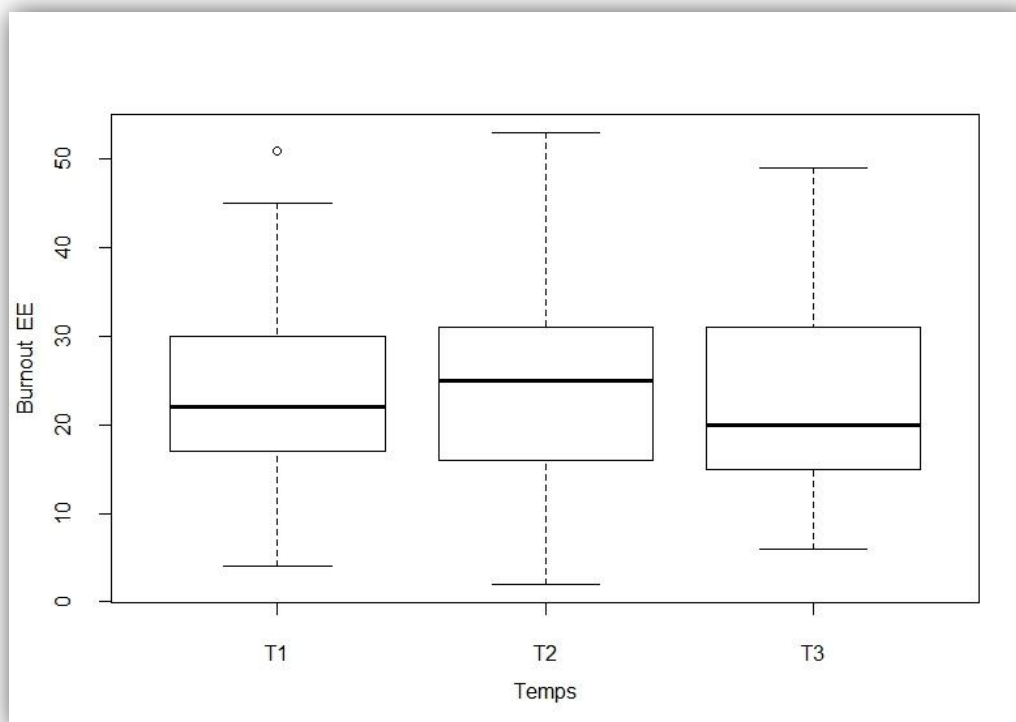


FIGURE 26 : DISPERSION DE L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL.

On observe des médianes entre 18 et 29 ce qui correspond à un burn out modéré pour l'épuisement émotionnel. Les différences observées n'étaient pas significatives.

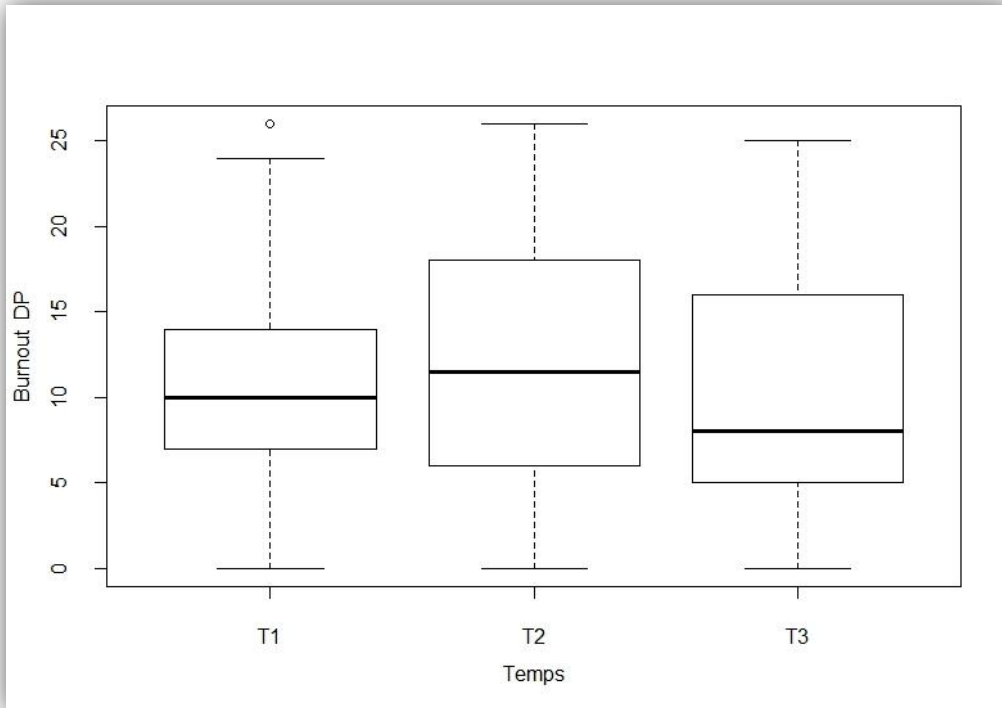


FIGURE 27 : DISPERSION DE LA DEPERSONNALISATION.

La seule médiane supérieure à 11, soit un burn out élevé pour la dépersonnalisation, s'observait à T2. L'analyse statistique ne trouve pas de différence significative.

3.7.2 Evolution du burn out selon le type de stage

Les figures suivantes montrent l'évolution du burn out par stage pour chaque dimension.

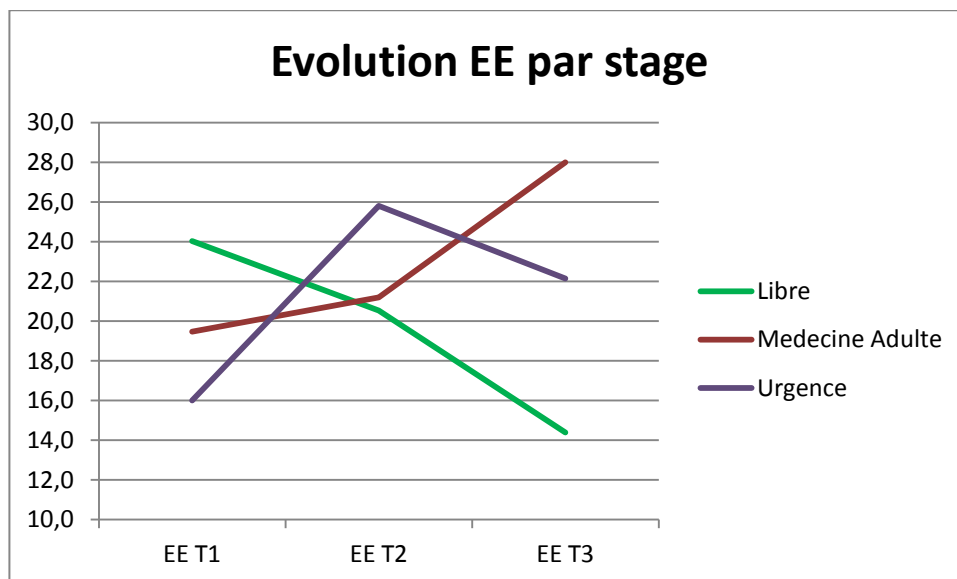


FIGURE 28 : EVOLUTION DES MOYENNES DE BURN OUT POUR EE SELON LE TYPE DE STAGE.

On observe une nette augmentation de la moyenne de burn out pour l'épuisement émotionnel en médecine adulte au cours du temps.

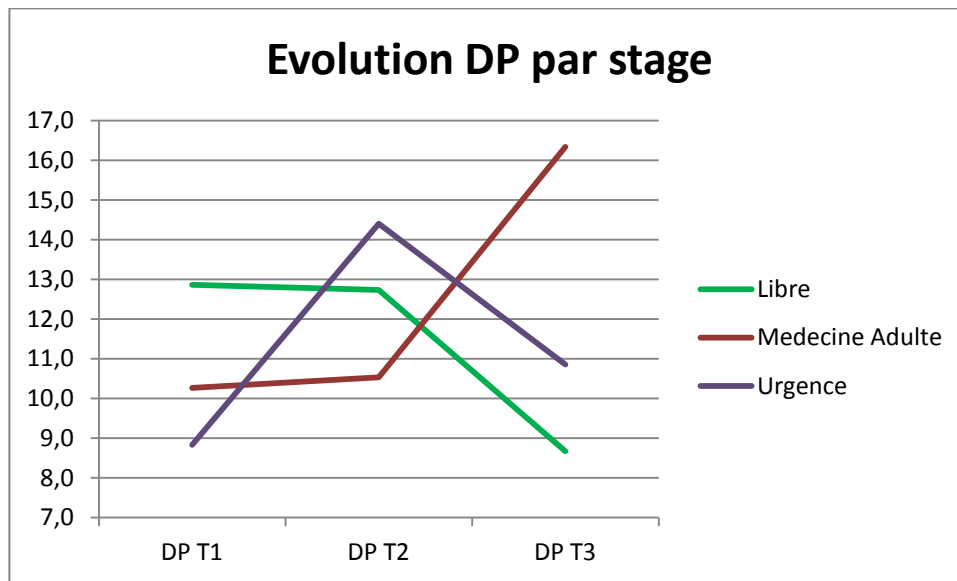


FIGURE 29 : EVOLUTION DES MOYENNES DE BURN OUT POUR DP SELON LE TYPE DE STAGE.

L'évolution est ascendante concernant la moyenne de la dépersonnalisation en médecine adulte au cours du temps.

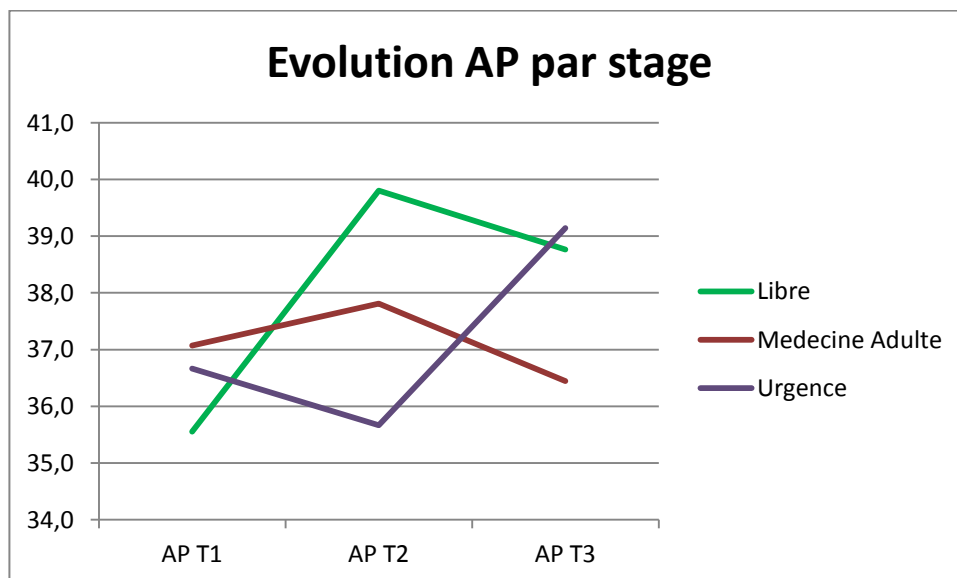


FIGURE 30 : EVOLUTION DES MOYENNES DE BURN OUT POUR AP SELON LE TYPE DE STAGE.

On observe une moyenne d'accomplissement personnel ascendante en stage libre et aux urgences. L'évolution est stable en médecine adulte.

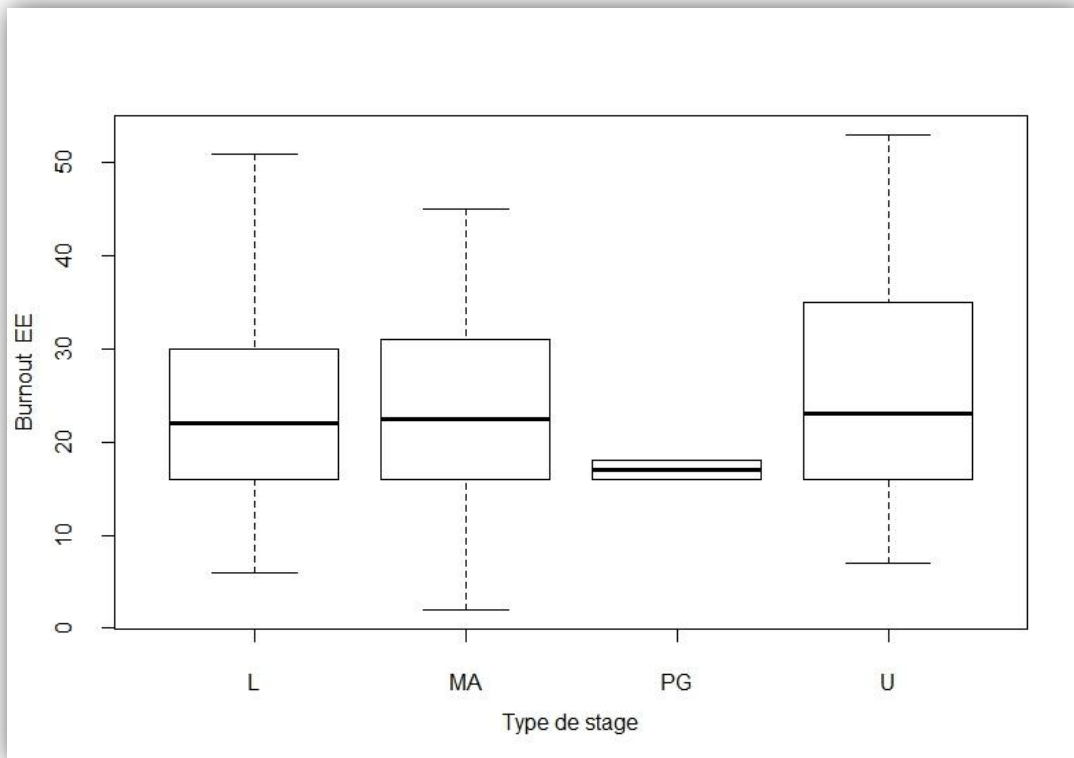


FIGURE 31 : DISPERSION DE L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL SELON LE TYPE DE STAGE.

L'analyse statistique ne trouve pas de différence statistiquement significative selon le type de stage.

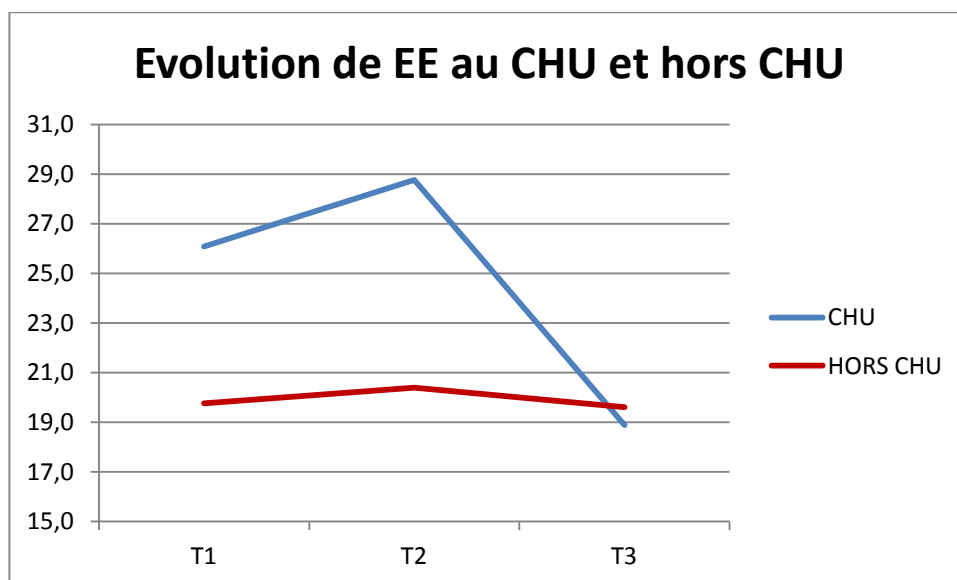


FIGURE 32 : ÉVOLUTION DE EE AU CHU ET HORS CHU AU COURS DE L'ÉTUDE.

Les internes au CHU étaient plus en burn out que les internes hors CHU pour les moyennes d'épuisement émotionnel ($p=0.013$).

3.7.3 Evolution du burn out selon le lieu de stage

Les figures suivantes montrent l'évolution du burn out par lieu de stage pour chaque dimension.

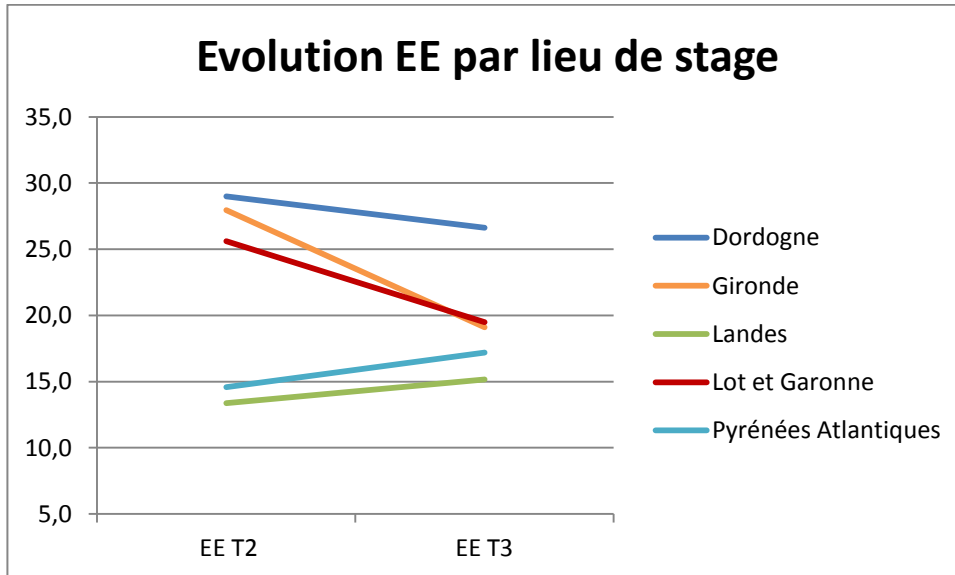


FIGURE 33 : EVOLUTION DES MOYENNES DE BURN OUT POUR EE SELON LE LIEU DE STAGE.

L'épuisement émotionnel a une tendance décroissante au cours du temps en Dordogne, Gironde et Lot-et-Garonne. La cinétique est inversée pour les autres départements.

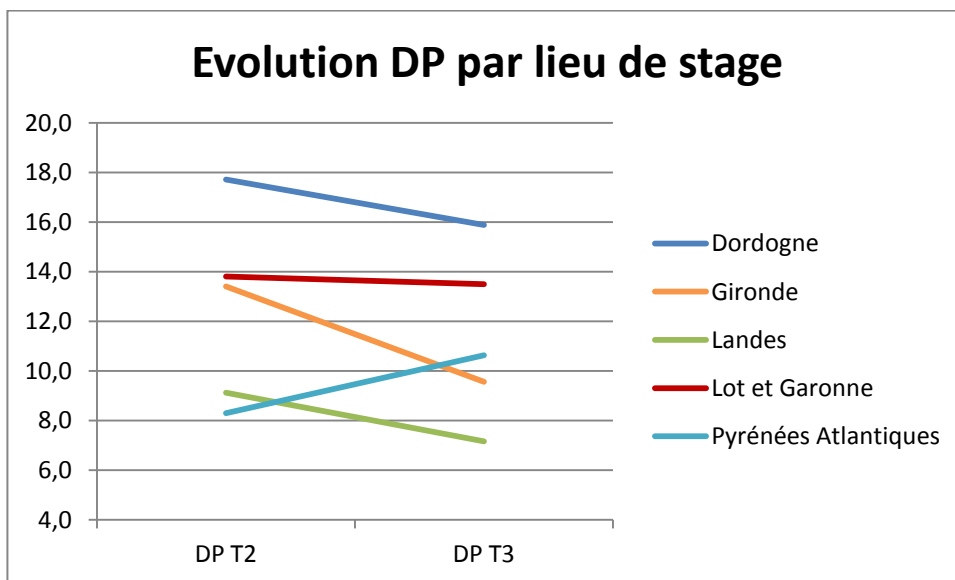


FIGURE 34 : EVOLUTION DES MOYENNES DE BURN OUT POUR DP SELON LE LIEU DE STAGE.

L'évolution des moyennes pour la dépersonnalisation est descendante pour la Dordogne, la Gironde et les Landes. Dans le Lot-et-Garonne, la moyenne est stable. L'évolution est ascendante dans les Pyrénées Atlantiques.

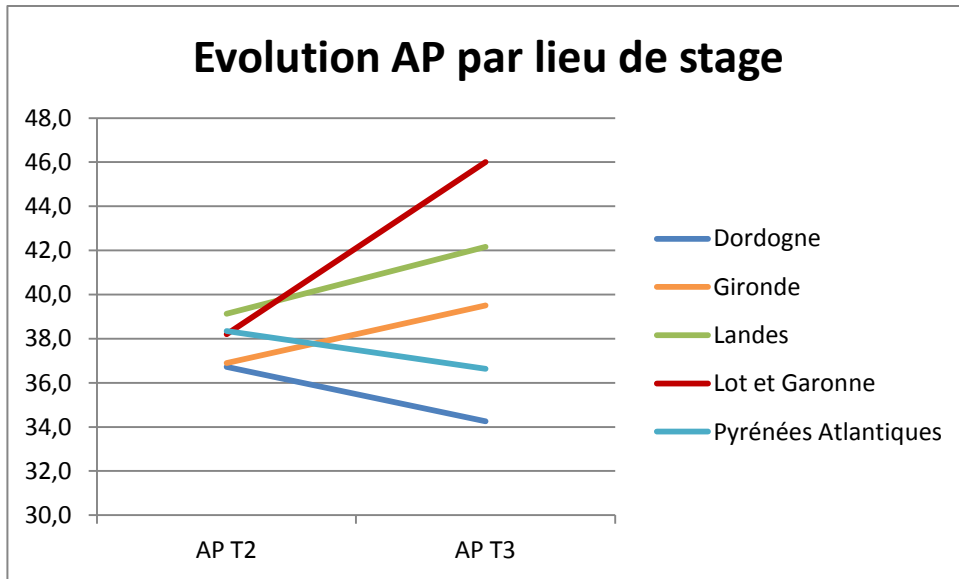


FIGURE 35 : EVOLUTION DES MOYENNES DE BURN OUT POUR AP SELON LE LIEU DE STAGE.

On observe une moyenne d'accomplissement personnel ascendante dans le Lot-et-Garonne, les Landes et en Gironde. L'évolution est descendante pour la Dordogne et les Pyrénées Atlantiques.

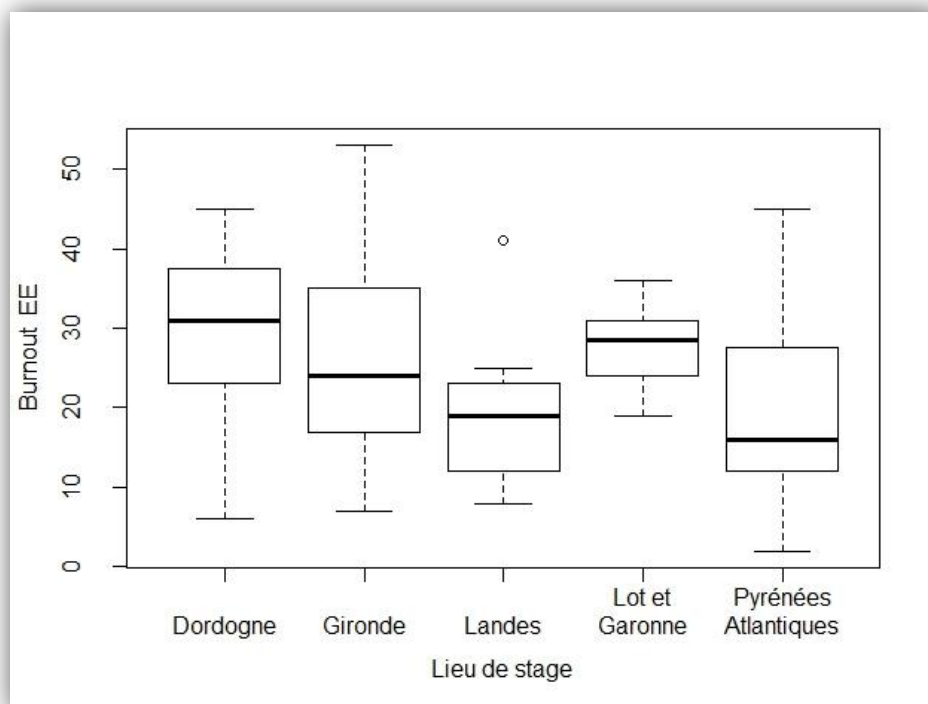


FIGURE 36 : DISPERSION DE L'ÉPUISEMENT EMOTIONNEL SELON LE LIEU DE STAGE.

La différence observée est statistiquement significative pour l'épuisement émotionnel ($p=0.003$). La Dordogne était donc dans cette étude le lieu de stage où les internes étaient le plus en burn out selon EE avec une médiane supérieure à 30.

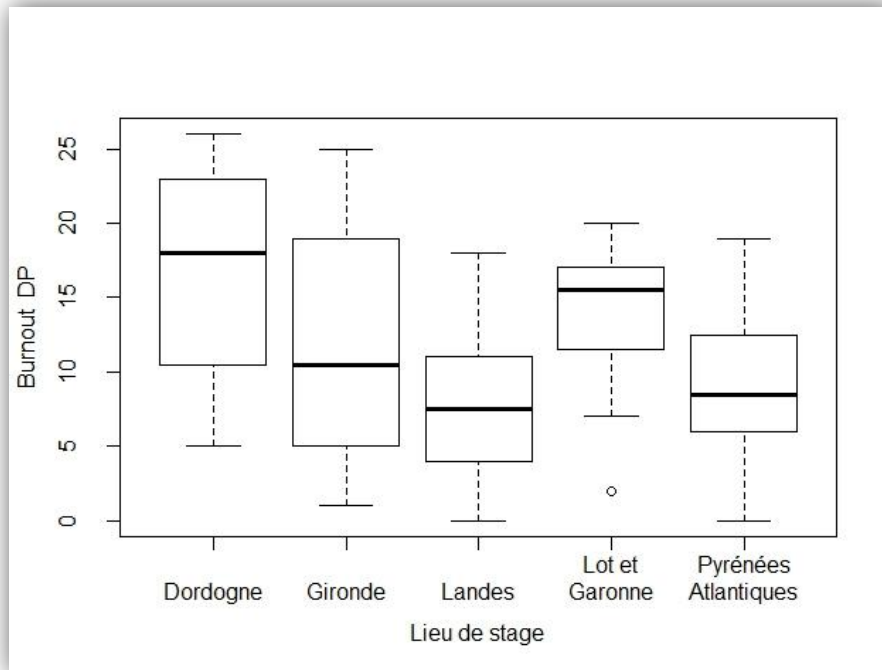


FIGURE 37 : DISPERSION DE LA DEPERSONNALISATION SELON LE LIEU DE STAGE.

La différence observée est statistiquement significative pour la dépersonnalisation ($p=0.007$). La Dordogne et le Lot-et-Garonne avaient donc les internes les plus dépersonnalisés avec des médianes supérieures à 11.

Les Landes ont statistiquement des scores de burn out plus bas que dans les autres départements concernant l'épuisement émotionnel ($p=0.003$) et la dépersonnalisation ($p=0.007$) selon le test de Kruskal-Wallis.

Synthèse de l'évolution du burn out

L'évolution du burn out n'est pas statistiquement significative tout au long de l'étude.

Les différences de scores entre stages ne sont pas significatives.

Les internes en stage au CHU ont des moyennes de burn out statistiquement plus élevées que les internes hors CHU.

La Dordogne a des moyennes de burn out plus élevées pour EE et DP statistiquement significatives par rapport aux autres lieux de stage.

3.7.4 Autres facteurs

Plus le nombre d'heures travaillées augmente plus le score d'épuisement émotionnel est élevé (p=0.009).

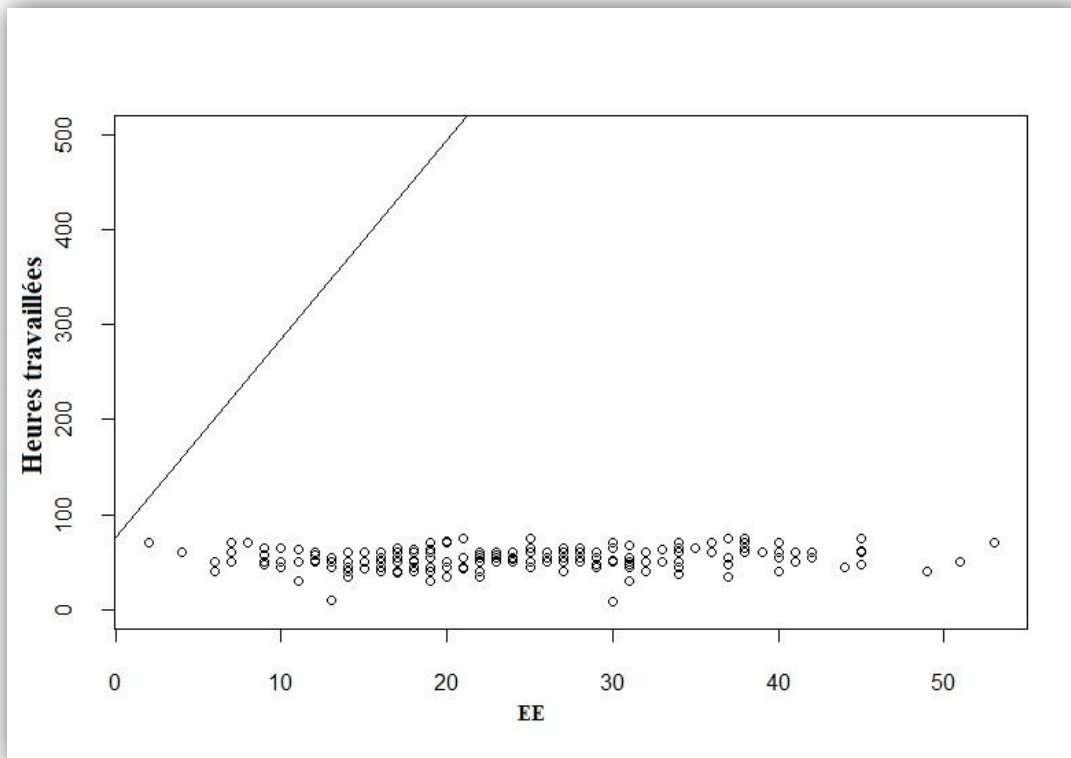


FIGURE 38 : CORRELATION ENTRE EPUISEMENT EMOTIONNEL ET NOMBRE D'HEURES TRAVAILLEES.

Moins les internes avaient de week-ends de libre par mois plus ils étaient épuisés émotionnellement (p=0.03).

La prévalence du burn out selon le sexe est fluctuante aux différents temps de l'étude.

TABLEAU 24 : BURN OUT SELON LE SEXE A T1.

T1	EE	EE + DP
Femme (n=69)	15 (21,7%)	10 (14,5%)
Homme (n=24)	6 (25,0%)	6 (25,0%)

N : EFFECTIF.

TABLEAU 25 : BURN OUT SELON LE SEXE A T2.

T2	EE	EE + DP
Femme (n=47)	15 (31,9%)	15 (31,9%)
Homme (n=15)	2 (13,3%)	2 (13,3%)

N : EFFECTIF.

TABLEAU 26 : BURN OUT SELON LE SEXE A T3.

T3	EE	EE + DP
Femme (n=34)	7 (20,6%)	4 (11,8%)
Homme (n=11)	4 (36,4%)	4 (36,4%)

N : EFFECTIF

Il n'y a pas de lien entre burn out et sexe ($p=0.06$ pour EE et $p=0.92$ pour EE+DP $p=0.47$) ni entre burn out et statut marital ($p=0.06$ pour EE et $p=0.19$ pour EE+DP).

Synthèse de l'analyse longitudinale et des résultats secondaires

27.4% des internes étaient en burn out selon EE et selon EE et DP.

L'évolution des différentes dimensions n'est pas significative.

Les urgences avaient le plus d'internes en burn out.

Les internes au CHU avaient des scores plus élevés de burn out que les internes hors CHU pour DP.

Les internes au CHU et en médecine adulte avaient des scores de burn out élevés pour EE et DP.

Les internes en stage au CHU et aux urgences avaient des scores de burn out élevés pour DP.

La Gironde comptait 50% d'internes en burn out, la Dordogne 42.9% et le Lot-et-Garonne 30% pour EE et DP.

La charge de travail était corrélée au burn out.

Le sexe et le statut marital n'influençaient pas le burn out.

4 Discussion

4.1 Généralités et comparaison à la littérature

4.1.1 Résultats principaux

4.1.1.1 *Prévalences et moyennes générales*

Dans notre étude la prévalence du burn out allait de 22.6% à 27.4% pour l'épuisement émotionnel et de 17.2% à 27.4% pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. La moyenne de burn out était de 20.8 pour l'épuisement émotionnel, 11.2 pour la dépersonnalisation et 37.4 pour l'accomplissement personnel. Dans l'analyse en sous-groupe la prévalence allait de 3.7% à 22.2%. La moyenne de burn out était de 17.3 pour l'épuisement émotionnel, 10.3 pour la dépersonnalisation et 38.4 pour l'accomplissement personnel. Les résultats de l'analyse en sous-groupe sont donc proches de l'analyse globale. Le travail de thèse de Pattinson (31) auprès des internes bordelais trouvait une prévalence proche (20%) pour l'épuisement émotionnel. Trois études sur les internes (25,26,28) utilisent les deux premières dimensions pour définir un burn out élevé. Les prévalences étaient plus élevées que dans notre étude. La prévalence de burn out pour l'épuisement émotionnel de notre étude était proche des études strasbourgeoises (32), nantaises (37) et de celle de Tours. Les internes d'Ile-de-France (38,39) avaient une prévalence plus élevée pour EE avec 47% dans les études les plus récentes. Contrairement à ce qui est dit dans les travaux de Christina Maslach (9), le burn out peut apparaître tôt dans une carrière.

4.1.1.2 *Burn out et stage*

Les stages où la prévalence de burn out était la plus élevée étaient la médecine adulte et les urgences sur l'analyse globale et en sous-groupe. La prévalence du burn out était plus élevée au CHU aux deux premiers temps de l'étude pour l'analyse globale et uniquement à T2 pour l'analyse en sous-groupe. Les moyennes de burn out étaient plus élevées aux deux premiers temps pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation dans l'analyse globale et en sous-groupe. Nous n'avons pas pu créer dans cette étude d'item spécifique « stage chez le praticien » afin d'étudier la part de burn out lors de ce stage par soucis de comparabilité avec l'étude intern-life parisienne. Néanmoins selon les données de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine (ARS), les internes n'ont eu accès au stage chez le praticien en médecine

générale qu'à T3. Nous voyons sur les graphiques d'évolution du burn out une diminution des scores de burn out à ce temps (non significative statistiquement). Il serait intéressant d'étudier l'évolution du burn out après le stage chez le praticien (32) et en SASPAS car ce stage pourrait être protecteur (36).

Alors que le burn out est lié au travail, peu de travaux se sont intéressés aux stages comme facteurs de burn out. Dans l'étude de Le Tourneur et Komly (36), la prévalence du burn out dans l'épuisement émotionnel chez les internes ayant validé le CHU était de 17.4% à l'échelle nationale. La prévalence du burn out aux urgences selon EE était de 19.8% et de 16.5% pour la médecine adulte. Le score moyen de burn out aux urgences était de 20.78 et de 20.24 en médecine adulte. Comme dans notre étude, il semblerait donc que les stages en médecine adulte et aux urgences aient des scores de burn out plus élevés.

La présence de burn out en stage aux urgences paraît légitime : l'afflux de patients, la gestion dans l'urgence, la demande des patients et de leurs familles dans la salle d'attente, tout ce contexte pourrait s'exprimer à long terme par un burn out.

Le paradoxe réside dans le fait que le stage en médecine adulte corresponde le plus dans le milieu hospitalier à notre futur métier. Il s'agissait dans cette cohorte du stage réalisé en premier lieu en début d'internat. Comme dit dans l'introduction, les pathologies telles que le diabète, les maladies infectieuses, les pathologies digestives, respiratoires...etc. sont au cœur du métier de médecin généraliste. Peut-être que la prévention primaire de ces maladies manque aux futurs médecins généralistes. Il serait intéressant de savoir ce qui a manqué aux internes dans ce stage pour qu'il soit cohérent avec leur formation.

La forte prévalence de burn out au CHU pourrait également s'expliquer. Les horaires et la charges de travail sont plus lourdes et la relation au patient parfois absente (33). Lors de mes consultations en cabinet de médecine générale, les patients me parlent souvent « d'usine » en évoquant le CHU. Serait-ce également le ressenti des internes ? Pourtant nous avons vu que les internes de cette étude avaient réalisé la majorité de leur stage hors CHU et que la plupart ne commençait pas leur internat au CHU.

Une étude qualitative en entretien semi-dirigés pourraient permettre de comprendre où se cristallise le burn out. Aussi pourrait on évaluer le burn out des internes n'ayant pas encore réalisé leur stage au CHU versus les internes ayant réalisé ce stage, chez des internes de la même année.

4.1.1.3 Burn out et lieu de stage

Sur les cinq départements d'Aquitaine, la Dordogne avait les moyennes de burn out les plus élevées pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Dans l'analyse en sous-groupe, l'épuisement émotionnel avait une moyenne plus élevée en Gironde et dans le Lot-et-Garonne. La moyenne de dépersonnalisation était plus élevée en Dordogne et dans le Lot-et-Garonne. Ces derniers lieux de stage sont pourtant éloignés du stress urbain. Les internes n'ont pas les soucis de l'hébergement car ils sont logés par l'hôpital, à proximité de celui-ci. Les temps de transport sont donc courts. Peut-être que la vie en vase clos ne permettant pas de bien différencier lieu de vie et stage ne permet pas aux internes de s'épanouir. Il serait intéressant de réaliser une étude sur l'impact de la vie en internat sur le bien être des internes. Un focus sur ces lieux de stage pourrait également mettre en lumière les difficultés rencontrées par les internes telles que la charge de travail, le nombre de garde, le nombre de jours de vacances accordés, le compagnonnage(38,39).

La présence de burn out en Gironde s'explique probablement par la réalisation du stage au CHU dans ce département. Il y a donc peut-être un biais de confusion. Comme nous l'avons vu, les internes au CHU étaient plus en burn out que les internes hors CHU.

4.1.2 Résultats secondaires

4.1.2.1 Evolution du burn out

Concernant les résultats secondaires, l'évolution du burn out était stable dans notre étude pour EE et DP. Les deux études longitudinales de la littérature (26,39) retrouvaient des résultats similaires, soit un burn out qui augmentait en début d'internat puis restait stable. Les travaux de Prins et al. et Thevenet (23,35) trouvaient un lien entre l'âge jeune et le fait d'être en burn out. Dans le travail de Barbarin (34), les internes en premier semestre étaient plus épuisés émotionnellement que leurs aînés. Dans le travail de Séjourné (37), les internes en premier semestre étaient plus dépersonnalisés. L'accomplissement personnel en revanche voyait ses scores augmenter de T1 à T3, correspondant à un niveau de burn out bas. Cela pourrait être expliqué par le fait que les internes en médecine générale réalisant leur premier stage se heurtent à une formation hospitalière complètement décalée par rapport à leur vocation de médecin généraliste. En milieu de cursus, les internes sont plus autonomes et donc plus satisfaits de leur travail, expliquant peut être aussi l'infléchissement du burn out pour l'accomplissement personnel. Enfin comme dit plus haut, l'accès au stage de médecine

générale en milieu de cursus, correspondant enfin à leur futur métier pourrait expliquer cette infléchissement.

La diminution du burn out dans l'accomplissement personnel chez les internes était aussi observée dans la littérature (26,36,37,39) .

Le sexe n'apparaissait pas comme facteur de burn out bien que l'on retrouve des prévalences plus élevées chez les hommes aux trois temps de l'étude. Guinaud (30) retrouvait des femmes plus épuisées émotionnellement. Dans d'autres travaux, les hommes étaient plus dépersonnalisés (34,36) Comme dans les autres études françaises, les femmes étaient surreprésentées. Dans notre analyse en sous-groupe, nous retrouvons tout de même une tendance à l'augmentation du burn out pour EE entre T1 et T2 chez les femmes.

Les corrélations positives entre la charge de travail et le burn out étaient en accord avec la littérature. Dans les travaux de Zis et al. (24), les internes travaillant plus de 66 heures par semaine étaient en burn out pour EE et DP. Dans l'étude de Guinaud (30), le nombre d'heures était corrélé au fait d'être en burn out pour EE. Dans le travail de Thevenet (35), le volume horaire important et un nombre plus faible de week end de libre étaient corrélés au burn out pour EE et DP. Le gouvernement (41) a d'ailleurs limité à 48 heures par semaine le temps de travail des internes depuis le 1^{er} mai 2015. Aux Etats-Unis le temps de travail des internes est limité à 80 heures par semaine depuis 2003 et 24 heures de travail continu. En 2011, un nouveau décret limitait le temps de travail à 16 heures par semaine pour les internes en première année. Les études (42–44) sont controversées sur le bénéfice de la réduction du temps de travail. Les auteurs mettent en doute l'application réelle de ces mesures par les universités.

4.2 Points forts de l'étude

Le principal atout de cette étude réside dans son aspect longitudinal. Ainsi nous avons pu observer que la présence de burn out dans certains terrains de stage n'était pas anecdotique mais persistait dans le temps.

L'autre point fort est le protocole de l'étude. Le questionnaire avait déjà pu être testé auprès des internes parisiens avec de bons résultats. Les outils de mesures utilisés étaient validés et ont permis la réalisation de quatre thèses sur les différents thèmes abordés dans l'étude intern-life. La réalisation d'une thèse synthétisant ces différents travaux serait intéressante.

Enfin, il s'agit du premier travail s'intéressant au terrain de stage comme facteurs de burn out.

4.3 Biais de l'étude

4.3.1 Biais de sélection

Nous observons une perte importante du nombre de participants au terme de l'étude. Il se peut que seul les plus motivés aient répondu, voire ceux qui se sentaient concernés par le burn out. Un moyen d'éviter ce biais aurait été d'organiser des entretiens semi dirigés.

L'effectif des étudiants en médecine effectuant leur stage en pédiatrie et gynécologie est faible car le nombre de terrain de stage est limité. On pourrait croire à défaut que cette spécialité ne connaît pas le burn out. Hors notre revue de la littérature sur des internes de pédiatrie (26) et gynécologie (28) montre qu'ils ne se sont pas épargnés par le burn out.

4.3.2 Biais d'analyse

La longueur du protocole intern-life a souvent été soulignée dans les commentaires des participants. De plus le questionnaire MBI était en fin de protocole à tous les temps de l'étude. Aussi, il se peut que nous ayons perdu des participants n'ayant au pas été au bout du protocole.

La longueur du questionnaire MBI, avec ses 22 items, en lui-même peut être décourageante. West et al. (45), conscients de cette limite, se sont posé la question de la validité d'un questionnaire simplifié. Comme suggéré dans la littérature (9,22,23) les deux premières dimensions ont été utilisées pour mesurer le burn out. A partir des données de quatre études différentes menées en 2007 et 2008 aux Etats-Unis sur le burn out des praticiens et des internes, l'utilisation de deux questions ont été corrélées au risque de burn out mesuré par le MBI. Les questions utilisées étaient "I feel burned out from my Work" pour la dimension EE et "I have become more callous toward people since I took this job". Elles correspondent aux items 1 et 10 dans la version française. Ces items ont été reconnus pour avoir la plus forte corrélation respectivement au domaine de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation (46). L'utilisation de deux items dans cette étude montrait une bonne corrélation au score de burn out pour EE et DP par rapport à la version complète du MBI. Dans une autre étude West et al.(47) confirment la possibilité d'utiliser cette version courte du MBI pour évaluer la corrélation du burn out avec les tendances suicidaires et les erreurs médicales. Néanmoins les

auteurs nuancent leurs résultats dans ces études. En effet le gold standard reste le MBI. La version courte pourrait être utilisée lorsque la version complète est difficilement réalisable. Cette version est d'ailleurs utilisée dans la vaste étude transversale européenne menée par Mordant et al (27).

4.4 Perspectives de l'étude

4.4.1 **Bien être des internes**

Bouteiller et Cordonnier avaient mis en évidence dans leur travail de thèse (48) de nombreuses contraintes à l'origine de la souffrance des internes. Parmi les thèmes inattendus apparaissaient les contraintes liées au stage : défaut d'encadrement, cadre rigide, manque de suivi personnalisé. La banalisation des contraintes du cursus médical étaient prépondérantes. En effet les études de médecine sont connues pour être difficiles. Il serait nécessaire de sensibiliser les séniors à la souffrance de leurs jeunes confrères.

4.4.2 **Prévention du burn out**

Hochberg et al. (49) se sont penchés sur la reconnaissance par les internes des signes de stress, dépression, burn out et addiction. Les internes de chirurgie inclus étaient 46.8% à avoir reconnu ces signes dans le questionnaire proposé. Il est étonnant de constater que ces jeunes médecins étaient si peu à reconnaître ces signes alors que la psychiatrie fait partie du tronc commun pédagogique. Après participation à un séminaire de reconnaissance de ces signes, le taux de bonne réponse était de 89.7%. L'inclusion dans le programme pédagogique des internes de séminaires telle que réalisés dans cette étude est une piste intéressante.

Pour faire face au burn out et au stress, L'accréditation Council for Graduate Medical education (50) aux Etats-Unis avait réduit les horaires des internes et incorporé dans leur cursus un programme d'assistance et de management du stress (groupe balint, séminaire, recours à des professionnels de santé, groupes de soutien). A ce jour en France, aucun programme de ce type n'est prévu de manière nationale. En mai 2015, l'application du décret n° 2015-225 du 26 février 2015 (41) relatif au temps de travail des internes limitait ce temps à 48 heures hebdomadaires. Il serait intéressant, compte tenu de l'influence de la charge horaire sur le burn out, de réévaluer le burn out après application du décret.

M. Delbrouck (5) consacre une partie de son ouvrage sur le burn out des soignants aux étudiants en médecine. Une expérience intéressante est celle de la mise en place d'un programme de prévention du stress à l'Université Laval à Québec. A chaque début d'année les étudiants sont conviés, au moment du déjeuner, à une réunion leur expliquant ce programme et abordant des événements vécus de stress. Puis jusqu'en dernière année d'internat des ateliers en petit groupe, toujours au moment du déjeuner, ont lieu. L'animateur est psychiatre et a une formation de groupe Balint. Les jeunes médecins parlent de leurs expériences stressantes et à la fin des stratégies d'adaptation leur sont proposées.

Le programme comprend également un réseau d'entraide constitué d'internes ayant reçu une formation, auxquels peuvent faire appel les étudiants. Ce réseau constitue une situation de premier recours, voulu facile d'accès car les internes peuvent s'identifier à leurs pairs vivant la même situation qu'eux.

Ce programme comprend également, à l'automne, une semaine de prévention des effets secondaires de la médecine. Au cours de cette journée ont lieu des conférences avec témoignage (vie de famille d'un médecin, situation personnelle de maladie), des séances de massage et relaxation entre autres activités. Je n'ai pas retrouvé d'étude évaluant l'impact d'un tel programme sur le bien être des internes. L'auteur rapporte néanmoins que les fiches d'appréciations complétées par les étudiants rapportent une excellente adhésion.

Le programme d'aide aux médecins du Québec (51) s'adresse également aux étudiants en médecine en souffrance. Toute personne y compris un membre de la famille peut appeler pour parler de la souffrance lié au quotidien de l'exercice médical.

L'initiation des internes au groupe Balint (5) mentionné dans le programme québécois serait également intéressante à inclure dans leur formation. Ces groupes de pairs, animés par un analyste, ont comme axe de travail la relation soignant-soigné. Un soignant relate ainsi une situation professionnelle choisie au groupe de pair. Les éléments verbaux mais également non verbaux (intonation, mimiques, omissions, etc.) sont retenus par le groupe de pairs et l'analyste. Cet échange se fait en toute confidentialité et permet ainsi au soignant de partager en toute liberté son vécu vis-à-vis de la situation exposée. A l'université de Bordeaux, une initiation a déjà eu lieu auprès d'internes volontaires en fin de cursus. Cette initiation était instaurée au moment des cours permettant ainsi à l'interne d'y participer sur son temps de formation. Un travail de thèse (52) a été réalisé auprès de ces internes, en 2012. Les internes étaient satisfaits de cette initiation et la considéraient importante dans leur formation,

souhaitant même qu'elle devienne obligatoire. Certaines séances ont été le fait de séquences émotionnelles intenses où le groupe balint devenait plus un groupe de psychothérapie. Outre le besoin de traiter des difficultés professionnelles, il semblerait que les internes aient également besoin de soutien sur le plan personnel.

4.4.3 Une formation plus proche de la médecine générale

Dans notre étude, l'évolution de la moyenne de burn out était ascendante entre T1 et T2 puis descendante entre T2 et T3. Hors comme dit plus haut cette inflexion concorde avec le moment où les internes avaient réalisé leur stage en médecine générale. Il serait intéressant de réaliser une étude évaluant le burn out avant et après avoir réalisé le stage chez le praticien en médecine générale en Aquitaine. Le travail de thèse de Ernst (32) allait dans le sens d'un effet « protecteur » de ce stage. En effet, sur 50 internes ayant réalisé ce stage, 58% ne présentait pas de burn out alors que les internes n'ayant pas réalisé ce stage étaient 60% à être en burn out, avec une différence statistiquement significative.

L'organisation des autres stages obligatoires à réaliser de manière ambulatoire serait également intéressante à évaluer. Le stage de gynécologie/pédiatrie peut actuellement, en Aquitaine, être réalisé en ambulatoire. Evaluer le burn out pour ce stage versus le stage hospitalier apporterait des données concrètes sur la manière de former les internes en évitant le burn out.

5 Conclusion

Le burn out chez les internes est une réalité. La prévalence globale sur toute l'étude était selon l'épuisement émotionnel de 24.5% et de 20.5% selon l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

La formation des internes mettait en lumière deux stages où le burn out était plus élevé : la médecine adulte et les urgences.

Le stage au CHU avait également une plus forte prévalence de burn out ainsi que des moyennes de burn out plus élevées.

On retrouvait également une disparité entre les différents départements accueillant les internes en stage. La Dordogne et la Gironde avaient les plus fortes prévalences d'internes en burn out avec des moyennes de burn out plus élevées.

Les autres facteurs associés au burn out étaient le temps de travail et le nombre de week-end de libre. Le sexe et le statut marital n'étaient pas associés au burn out.

Bien que le gouvernement s'intéresse à cette problématique, peu d'éléments sont mis en place de manière concrète pour prévenir le burn out. Compte tenu des scores élevés de burn out dans cette étude, il semble nécessaire d'instaurer un programme de prise en charge des internes de cette promotion.

Malgré la réforme du temps de travail, il semblerait que la problématique soit plus complexe. La formation des internes en médecine générale avec davantage de stages en accord avec leur futur métier et la mise en place d'un programme de prévention du burn out pourraient être une piste d'amélioration.

6 Bibliographie

1. UNOF- Le Syndicat des Spécialistes en Médecine Générale - La moitié des internes au bord du burn-out [Internet]. [cité 27 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.unof.org/+La-moitie-des-internes-au-bord-du+.html>
2. De Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117(1):182-93.
3. Le burn-out des médecins généralistes n'est pas une fable - Le Point [Internet]. [cité 27 mars 2016]. Disponible sur: http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/le-burn-out-des-medecins-generalistes-n-est-pas-une-fable-12-09-2013-1723402_57.php
4. Médecin, le métier idéal le plus cité par les Français - 29 avril 2015 - L'Obs [Internet]. [cité 27 mars 2016]. Disponible sur: <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20150429.AFP6261/medecin-le-metier-ideal-le-plus-cite-par-les-francais.html>
5. Delbrouck M. Le Burn-out du soignant. 2e édition. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2008. (Oxalis).
6. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: <https://www-dawsonera-com.docelec.u-bordeaux.fr/readonline/9782294743382/startPage/20>
7. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-65.
8. Wilmar B. Schaufeli ABB. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychol Amp Health*. 2001;16(5):565-82.
9. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397.
10. Maslach C, Leiter MP. Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Les Arènes; 2011.
11. Delbrouck M. Comment traiter le burn-out? De Boeck; 2013. (Oxalis).
12. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino A-P. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2009;17(1):75-81.

13. Vaquin-Villeminey C. Prévalence du burn out en médecine générale: enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles [Thèse d'exercice]. René Descartes (Paris 5); 2007.
14. Dusmesnil H, Serre BS, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. 2009;Vol. 21(4):355-64.
15. Leopold Y. Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé. Concours Méd. 2008;130(8):398-9.
16. Truchot D. Le burn out des médecins généralistes de Champagnes ardennes. 2002.
17. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML de Poitou-Charentes. 2004.
18. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Médicale. 2004;33(22):1569-74.
19. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission prévention et sante publique. URML Ile Fr. 2007;
20. Quintard B, Lakdja F. Le JOB-BURNOUT des médecins : analyse auprès de 175 praticiens de la région Aquitaine. URMLA. 2008;
21. Didier F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle. Poitiers; 2013.
22. Thomas NK. Resident burnout. JAMA J Am Med Assoc. 2004;292(23):2880-9.
23. Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FMMA, van de Wiel HBM, Hoekstra-Weebers JEHM. Burnout in medical residents: a review. Med Educ. 2007;41(8):788-800.
24. Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model. Sci World J [Internet]. 2014 [cité 13 janv 2015];2014. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230205/>
25. Aldress T, Badri M, Islam T, Alqahtani K. Burnout Among Otolaryngology Residents in Saudi Arabia: A Multicenter Study. J Surg Educ. 2015;
26. Pantaleoni JL, Augustine EM, Sourkes BM, Bachrach LK. Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. Acad Pediatr. 2014;14(2):167-72.
27. Mordant P, Deneuve S, Rivera C, Carrabin N, Sven Mieog J, Malyshev N, et al. Quality of life of surgical oncology residents and fellows across europe. J Surg Educ. 2014;71(2):222-8.
28. Rua C, Body G, Marret H, Ouldamer L. Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel parmi les internes de gynécologie-obstétrique et facteurs associés. J

Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. [cité 14 avr 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231513003657>

29. Rivoire B, Colombat P, Perrier M, Léger I. Fréquence et étiologies du syndrome de burn-out chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. [Httpwwwem-Premiumcomdocelec-u-Bordeauxfrdatarevues1636652200020006302](http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/revues/1636652200020006302) [Internet]. 2008 [cité 3 juill 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/97284/resultatrecherche/1>
30. Guinaud M. Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. [Thèse d'exercice]. Créteil; 2006.
31. Pattinson E. Le syndrome d'épuisement des professionnels de santé chez les étudiants en troisième cycle de médecine générale en Aquitaine [Thèse d'exercice]. Bordeaux II; 2007.
32. 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]. Strasbourg; 2009.
33. Feraudet L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou la mûre psychologique des internes [Thèse d'exercice]. Bordeaux II; 2009.
34. Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2012;23(101):72-8.
35. Thevenet M. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-de-France et le Languedoc-Roussillon [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris VI; 2012 [cité 10 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/65>
36. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2011 [cité 19 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=4/TTL=1/SHW?FRST=3>
37. Séjourné A. Souffrances psychologiques chez les internes: vulnérabilités et préconisations [Thèse d'exercice]. Nantes; 2012.
38. Vauloup-Soupault C. Facteurs prédictifs du burn out chez les internes en médecine générale d'Ile de France. Etude longitudinale. [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2014.
39. Bazin L. Evolution et lien entre burnout et empathie au cours des deux premières années d'internat de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2015.
40. DMG : Département de Médecine Générale Bordeaux 2 [Internet]. [cité 22 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/>
41. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes | Legifrance [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642&dateTexte=&categorieLien=id>

42. Ripp J, Bellini L, Fallar R, Bazari H, Katz J, Korenstein D. The impact of duty hours restrictions on job burnout in internal medicine residents: a three-institution comparison study. - PubMed - NCBI. 2015;90:494-9.
43. Jamal M, Rousseau M, Hanna W, Doi S, Meterissian S, Snell L. Effect of the ACGME Duty Hours Restrictions on Surgical Resi... : Academic Medicine. 2011;86:34-42.
44. Hutter M, Kellogg K, Ferguson C, Abott W, Warshaw A. The Impact of the 80-Hour Resident Workweek on Surgical Residents and Attending Surgeons. 2006 [cité 8 déc 2015];243. Disponible sur: <http://ovidsp.tx.ovid.com.docelec.u-bordeaux.fr/sp-3.17.0a/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00000658-200606000-00017&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>
45. West CP, Dyrbye LN, Sloan JA, Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. J Gen Intern Med. 2009;24(12):1318-21.
46. Maslach C, Jackson ES. The measurement of experienced burnout - Maslach - 2007 - Journal of Organizational Behavior - Wiley Online Library [Internet]. [cité 25 nov 2015]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.docelec.u-bordeaux.fr/doi/10.1002/job.4030020205/abstract>
47. West CP, Dyrbye LN, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Concurrent Validity of Single-Item Measures of Emotional Exhaustion and Depersonalization in Burnout Assessment. J Gen Intern Med. 2012;27(11):1445-52.
48. Bouteiller M, Cordonnier D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2013.
49. Hochberg MS, Berman RS, Kalet AL, Zabar SR, Gillespie C, Pachter HL. The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. Am J Surg. 2013;205(2):141-6.
50. ACGME Home [Internet]. [cité 20 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.acgme.org/acgmeweb/>
51. PAMQ [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/fr/>
52. Gourrin É. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien semi-directif [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2014.

7 Annexes

7.1 Récapitulatif des scores de burn out dans la littérature

Auteur	Lieu d'étude	Méthode	EE	DP	AP	Score global	Efficatif
Vacuin-Villermey.	France	MBI	26% (21,02 +/- 12,7)	32,6% (9,46 +/- 6,9)	27,1 (37,14 +/- 7,7)	nc	221
Truchot	Champagnes Ardennes	MBI	42,3% (24,15 +/- 10,97)	44,5% (9,19 +/- 6,4)	37,4% (35,04 +/- 7,41)	nc	408
URML de Poitou-Charentes.	Poitou charentes	MBI	40,3% (23,90 +/- 11,71)	43,7% (9,32 +/- 9,32)	43,8% (34,08 +/- 7,3)	nc	468
Galam	Ile de France	autre	nc	nc	nc	60,00%	2243
Dumesnil et al.	Paca	MBI	23,00%	19,60%	10,60%		511
Quintard et al.	aquaine	questionnaire de Freudentberger	nc	nc	nc	moyenne 28	175
Arigoni et al.	suisse romande	MBI	36% (22,3 +/- 12,6)	36% (7,4 +/- 6,1)	15% (39,4 +/- 7,1)	nc	141
Didier	Poitiers	MBI	nc	nc	nc	nc	13
Zis et al.	Grece	MBI adaptation grecque	nc	nc	nc	14%	263
Altruss et al.	arabie saoudite	MBI hiss	62%	55%	56%	33%	85
Pantaleoni et al.	Chicago	MBI internes fin de 1er semestre	44% (24,5)	48% (9,2)	16% (38,3)	nc	61
Mordant et al.	Europe	adaptation du court du MBI	nc	nc	nc	25%	109
Rua et al.	Inter région Ouest française	MBI	9,45% (19,67 +/- 10,19)	30,56% (8,72 +/- 6,1)	11,11% (33,94 +/- 5,01)	nc	40
Rivoire et al.	Tours	MBI	28% (22,1 +/- 9,3)	28% (8,6 +/- 5,8)	33% (36,1 +/- 6,3)	nc	36
Guinaud M.	Ile de France	MBI	24,1% (22,1 +/- 10,2)	42% (10,6 +/- 5,8)	48,6% (33,7 +/- 7,1)	nc	692
Pattinson E.	Aquitaine	MBI	20%	47%	20%	nc	
Ernst M.	Strasbourg	MBI	19,20% (19,8 +/- 10,6)	38,50% (10,4 +/- 6,3)	21,70% (37,4 +/- 6,7)	nc	161
Feraudet L.	Bordeaux		20,8%	47,8%	20,8%	nc	160
Barbarin B, Goronflot L.	Nantes	MBI	15,7% (19,72 +/- 9,46)	35,1% (9,76 +/- 6,19)	21,9% (37,38 +/- 6,19)	nc	114
Thevenet M.	Langedoc-Roussion et Ile de France	MBI	23% (20,55 +/- 10,09)	38,8% (9,45 +/- 6,18)	35,6% (35,11 +/- 6,26)	nc	404
Le Tourneur A, Komly V.	France	MBI	16% (20,0 +/- 9,36)	33,8% (9,7 +/- 5,17)	38,9% (34,8 +/- 6,96)	nc	nc
Séjourné A.	Nantes	MBI	19%	32%	47%	nc	112
Vaubou-Souppault C.	Ile de France 2014	MBI	47% (fin de deuxième semestre) (27,6)	66% (fin de deuxième semestre) (19,9)	35% (fin de deuxième semestre) (36)	66%	176
I. Bazin L.	Ile de France 2015	MBI	47% (fin de deuxième semestre)	66% (fin de deuxième semestre)	28% (fin de deuxième semestre)	75%	130

nc: non connu. MBI: Maslach Burnout Inventory.

Prévalence du burn out, moyenne et écart-type des niveaux de burn out chez les médecins généralistes et les internes en médecine. nc: non connu. MBI: Maslach Burnout Inventory.

7.2 Questionnaire utilisé pour Intern-life Aquitaine, exemple T1

Etude Intern-Life Bordeaux T1

Chers co-internes,

maintenant que les stages ont débuté, nous avons besoin de vous pour répondre de nouveau à nos questions et ainsi pouvoir observer comment vous évoluez au fil du temps. Vous avez été nombreux à intégrer cette étude, il faut donc poursuivre !

Nous vous remercions donc infiniment de votre participation, n'hésitez pas à parler de cette étude aux autres internes de votre promotion !

Pour rappel, il y a toujours des **cadeaux** à gagner à la fin du questionnaire !!!

Voici la suite de l'étude Intern'Life menée par des internes, sur les internes et pour les internes. Nous la réalisons en association avec le Département de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux Segalen.

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 64 questions dans ce questionnaire

Sociodemo

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

Veillez écrire votre réponse ici :

2 Date d'aujourd'hui: *

Veillez entrer une date :

3 Numéro de votre département: *

Veillez écrire votre réponse ici :

•

4 Sexe: *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
- Femme

5 Age: *

Veillez écrire votre réponse ici :

•

ans

6 Quel est votre jour de naissance? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31

ex: si vous êtes né(e) un 22 juillet, indiquez "22"

7 Statut marital actuel: *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 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?

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- Père :

- Mère :

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

Veillez écrire votre réponse ici :

-

10 En moyenne, à quelle fréquence... *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Plusieurs	Une	Une à	Une fois	Jamais
fois par	fois par	deux	par	
semaine	semaine	fois par	trimestre	
		mois		

...pratiquez vous une activité sportive ?

...allez vous au restaurant ou dans des bars ?

...allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?

11 Avez-vous vécu un événement grave de votre vie privée au cours de ce stage ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

12 Concernant votre travail:

Dans quel stage êtes-vous actuellement? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Urgences
- Pédiatrie Gynécologie
- Médecine adulte
- Stage libre

13 Etes-vous en CHU ou hors CHU ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En CHU
- Hors-CHU

14 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) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 : Pas du tout satisfait
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 : Tout à fait satisfait

15 Au cours de ce semestre, quel a été... *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- 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 :

16 Avez-vous eu les congés que vous désiriez durant ce semestre? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

17 Quelles ont été les parts en pourcentage de:

La somme doit être égale à 100

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- Clinique

- Administrative

- Autres

18 Combien de temps avez-vous passé dans les transports chaque jour ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

- minutes

19 Avez-vous assisté ou participé à des faits qui heurtaient votre conscience professionnelle ou personnelle ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

20 Avez-vous été agressé(e) physiquement / moralement ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

21 Avez-vous subi du harcèlement moral ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

22 Si oui, de la part de:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
° ((HARC.NAOK = "Y"))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- équipe soignante
- hiérarchie
- patient

23 Avez-vous subi du harcèlement sexuel ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

24 Si oui, de la part de:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
° ((HARCS.NAOK = "Y"))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- équipe soignante
- hiérarchie
- patient

25 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

26 Concernant votre alimentation

Durant votre vie, avez-vous suivi un régime? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

27 Si oui, combien de fois? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° ((AL1.NAOK = "Y"))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3 ou plus

28 Durant ce semestre, avez-vous suivi un régime ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

29 Si oui, combien de fois? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° ((AL2.NAOK = "Y"))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3 ou plus

30 Pensez-vous manger équilibré ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

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

Veillez écrire votre réponse ici :

•

fois par semaine

32 Grignotez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

33 Taille : *

Veillez écrire votre réponse ici :

•

cm

34 Poids : *

Veillez écrire votre réponse ici :

•

kg

SCOFF

35

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?**

**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

36 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

37

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

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° ((FORM_7.NAOK = "2" or FORM_7.NAOK = "3" or FORM_7.NAOK = "4" or FORM_7.NAOK = "5"))

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

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

38 Cet enseignement était : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° ((FORM_7.NAOK = "2" or FORM_7.NAOK = "3" or FORM_7.NAOK = "4" or FORM_7.NAOK = "5"))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Facultatif
- Obligatoire

SWLS

39

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 :

	Fortemen t en désaccord	En désaccor d	Légèremen t en désaccord	Ni en désaccor d ni en accord	Légèremen t en accord	En accor d	Fortemen t 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.							

1 - Pas
du tout
d'accord

2

3

4

5

6

7 - Tout
à fait
d'accord

**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.**

1 - Pas
du tout
d'accord

2

3

4

5

6

7 - Tout
à fait
d'accord

**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.

41

Je me sens tendu(e) ou énervé(e). *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

42

Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, tout autant qu'avant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

43

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

44

Je ris et vois le bon côté des choses. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Autant que par le passé
- Plus rarement qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

45

Je me fais du souci. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

46

Je suis de bonne humeur. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

47

Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e). *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

48

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

49

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

50

Je ne m'intéresse plus à mon apparence. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 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

51

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, c'est tout à fait vrai
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

52

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

53

J'éprouve des sensations soudaines de panique. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

54

Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

QCAE

55

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

Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
--------------------------	-------------------	-----------------------------	----------------------------

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

Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
--------------------------	-------------------	-----------------------------	----------------------------

- 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.

WCC

56

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. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				

Non Plutôt non Plutôt oui Oui

J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.

J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.

Je me suis battu(e) 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.

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).

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

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

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui

Non

58 Si oui, lesquelles?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

° ((WCC2_WCC28.NAOK = "1"))

Veillez écrire votre réponse ici :

MBI

59

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

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

		Une				
	Quelques	fois	Quelques	Une	Quelques	Chaque
Jamais	fois par	par	fois par	fois par	fois par	jour
	année,	mois,	mois	semaine	semaine	
	au moins	au				
		moins				

**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**

		Une				
	Quelques	fois	Quelques	Une	Quelques	Chaque
Jamais	fois par	par	fois par	fois par	fois par	jour
	année,	mois,	mois	semaine	semaine	
	au moins	au				
		moins				

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.

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.

60 *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

		Une				
	Quelques	fois	Quelques	Une	Quelques	Chaque
Jamais	fois par	par	fois par	fois par	fois par	jour
	année,	mois,	mois	semaine	semaine	
	au moins	au				
		moins				

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

		Une				
	Quelques	fois	Quelques	Une	Quelques	Chaque
Jamais	fois par	par	fois par	fois par	fois par	jour
	année,	mois,	mois	semaine	semaine	
	au moins	au	mois			
		moins				

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.

IMG

61

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). *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

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

Non Pas du Peu Moyen Plutôt Très
 vécu tout stressant stressant stressant stressant

- 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
- 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

PSS

62 Pouvez-vous répondre ci-dessous, en cochant la case correspondant à votre réponse, combien de fois depuis les 3 derniers mois... *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Jamais Presque Parfois Assez Souvent
 jamais jamais souvent

...vous a-t-il semblé difficile de contrôler

Jamais Presque
jamais Parfois Assez
souvent Souvent

les choses importantes de votre vie ?
...vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans
vos capacités à prendre en main vos
problèmes personnels ?
...avez-vous senti que les choses allaient
comme vous le vouliez ?
...avez-vous trouvé que les difficultés
s'accumulaient à un tel point que vous ne
pouviez les contrôler ?

DETA

63

Au cours de votre vie : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui Non

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de
boissons alcoolisées ?
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre
consommation ?
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en
forme ?

OBS

64 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.

01.01.1970 – 01:00

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

7.3 Flyer pour la promotion de l'étude

[INTERN'LIFE]

ou la face cachée des internes...

Une **étude** menée

par des
sur les } internes
pour les }

CONTACTS ET INFOS :

@ etude.internlife.aquitaine@gmail.com

f [Internlife Aquitaine](#)

www www.etude.intern-life.com



7.4 Serment médical

Au moment d'être admis(e) 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 leurs 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Objectifs : Le burn out affecte les internes en médecine générale. La relation entre burn out et internat est mal connu. Certaines études mettent en lumière le CHU et les urgences comme étant pourvoyeur de burn out. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence des types et lieux de stage sur le burn out. L'objectif secondaire était d'évaluer les autres facteurs de burn out.

Méthodes : Il s'agit d'une étude longitudinale sur une cohorte de 204 internes de médecine générale suivi d'octobre 2013 à avril 2015. Les internes remplissaient de manière volontaire un auto-questionnaire en ligne à chaque fin de semestre. Les données sociodémographiques et professionnelles ainsi que la mesure du burn out par le MBI ont été recueillis.

Résultats : Sur 204 internes, 93 ont répondu au MBI à T1, 62 à T2 et 45 à T3. La prévalence du burn out était de 24.5 % pour l'épuisement émotionnel et 20.5% pour les deux premières dimensions. Les stages en médecine adulte, aux urgences et au CHU avaient les plus fortes prévalences d'internes en burn out. Ce sont les internes ayant réalisées leur stage en Gironde et en Dordogne qui avaient le taux le plus élevé de burn out. Le burn out était corrélé à la charge de travail.

Conclusion : Certains terrains de stage sont pourvoyeurs de burn out. Des outils de prévention du burn out devraient être mis en place dans la formation des internes pour réduire le burn out.

Discipline : médecine

Mots clés : burn out, étudiants en médecine, médecine générale, internat et résidence.

Abstract

Objectives: Interns in general practice are subject to burnout. The relationship between burnout and internship is not well-known. Some studies have spotted University Hospital and the Emergency Department as responsible for burnout. This study's aim is to estimate the influence of the internship on the burnout syndrome. The secondary objective is to measure the influence of other factors on the burnout.

Methods: it is a longitudinal cohort study on 204 general practice interns from April 2014 to April 2015. The interns have voluntarily answered an online self-administered survey at the end of each semester. The sociodemographic and professional data and also the MBI burnout measure have been collected.

Results: 93, 62 and 45 interns have answered to the MBI at three times. The prevalence of burn out was 24.5% for emotional exhaustion and 20.5% for emotional exhaustion and depersonalization. The internship in Adult Medicine, Emergency Department and in University Hospital had the highest rates of burnout. The interns who have done their internship in Gironde and Dordogne had the highest rate of burnout. Burnout is correlated to the amount of work.

Conclusion: Certain places of internship are involved in resident burn out. Prevention tools should be included in the residency program in order to reduce burnout.

Key words: burnout, residents, general practice, medical residency and internship.