

Université de Poitiers
Faculté de médecine et de pharmacie

Année 2015

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 9 Juin 2015 à Poitiers
Par **Monsieur Charles Paitel**

Etude No Burnout : étude de stabilité temporelle des composantes de l'échelle Maslach
Burnout Inventory sur 4 mois.

Etude observationnelle, descriptive d'une cohorte d'étudiants avec recueil prospectif

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur JAAFARI Nemattolah

Membres : Pr ROBLOT Pascal
Pr GOMES José
Dr BIRAULT François
Dr LEMERCIER Xavier

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - *hygiène*
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Nemattolah JAAFARI, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre aide, vos conseils précieux et vos encouragements. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT, Doyen de la Faculté de Médecine de Poitiers, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté d'être membre du Jury. Votre enthousiasme et vos encouragements ont été pour moi un moteur tant sur le plan de ma formation médicale que concernant mon sujet de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA, Professeur des Universités de Médecine Générale,

Pour m'avoir appris la rigueur au cours de ma formation. Pour son implication dans la filière universitaire de médecine générale sans qui notre formation ne serait être d'aussi bonne qualité. Merci à vous de venir juger ce travail. Veuillez trouvez ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur François BIRAULT, Maître de Conférences associé de Médecine Générale,

Sans qui ce travail n'aurait pu être initié. Tu m'as aidé par ta disponibilité, ta relecture attentive et tes encouragements à rédiger un travail de qualité. Je te remercie de ton enthousiasme, de ton soutien, et de la sympathie que tu as manifesté tout au long de ma formation.

A Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER, Médecin Généraliste,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

A l'équipe de l'URC du Centre Hospitalier Henri Laborit,

Pour leurs précieux conseils lors du développement du protocole de l'étude.

A Monsieur Jacques PIGNON.

Je vous remercie pour votre travail et du temps consacré à mettre sur pied ce projet. Votre disponibilité et vos conseils m'ont été indispensables. Veuillez croire en ma gratitude profonde.

A toute l'équipe de l'étude « No Burnout » : Sara, Gabrielle, Maud, Julie, Orane et Xavier sans qui ce projet ne pourrait exister.

A Marie, ma fiancée,

Pour ta joie de vivre et ton amour au quotidien. Pour ta patience et ton éternel soutien devant tant d'épreuves que nous avons su surmonter. Pour nos enfants et ton éducation bienveillante instruite jour à jour. Tu as tant construit lors de mes absences, que je ne saurais comment te remercier. Pour la personne que tu es, pour le souffle d'air frais que tu donnes à ma vie.

Contexte :

« *Au service des patients, les médecins oublient parfois qu'ils sont eux-mêmes des patients potentiels* » (15)

Le syndrome d'épuisement professionnel dit « *SEP* » est décrit dans les années 70 comme une forme de réaction particulière au stress chronique lié au travail sous le terme de « *burnout* » (9). Les symptômes sont d'ordre émotionnel, cognitive et psychologique tel que la perte de confiance en soi, les difficultés de concentration, erreurs médicales, fatigue et la dépression.

Durant ces dernières années, de nombreux témoignages ont mis en évidence une souffrance des médecins libéraux. En effet, plusieurs études notamment celles de Didier Truchot (18, 19, 20), concernant les médecins libéraux Français, démontrent que près d'un sur deux présente des symptômes d'épuisement professionnel. Ces médecins peuvent présenter des troubles anxio-dépressifs graves. En 2005, la première cause d'invalidité chez les médecins est représentée par les affections psychiatriques : 37,94% d'après la CARMF devant les maladies cancéreuses et cardiovasculaires (46). En 2004 une étude portant sur 306 médecins généralistes libéraux du département de la Loire : 13% ont déjà envisagé le suicide (40). En 2003, le suicide représentait 14% des causes de décès des médecins libéraux en activité d'après une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins, contre 5,4% dans la population générale (49). Il existe par ailleurs un défaut de perception manifeste de cet état d'épuisement car seulement 15 % des sujets atteints savent l'identifier (24). Il est à noter que 1/3 des ces médecins ont déjà envisagé une reconvention professionnelle (16, 18, 19, 20, 52). Au rapport de l'URML d'île de France, 6% sont prêt effectivement à mettre à exécution leur désir d'arrêter leur travail dans un futur proche (21).

Mais ils ne sont pas les seuls ! Quel que soit le métier exercé (généraliste, interne, hospitalier, infirmière, sage-femme), le taux d'épuisement professionnel approche voir dépasse les 40% parmi les professionnels de santé ; une répercussion direct sur la sphère tant privée que professionnelle, sur la qualité des soins délivrés et sur la démographie médicale nationale.

La qualité de vie parmi les étudiants en médecine a également été bien documentée. Rosenthal et coll. ont indiqué que les étudiants en médecine sont plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que leurs pairs non médicaux (25). De nombreux travaux internationaux et Français ont retrouvé des résultats similaires à ceux des médecins chez nos étudiants (30 à 36). Il s'agit d'un sujet banalisé et tabou que ces étudiants s'efforcent de taire car synonyme de faiblesse. Hors, les troubles anxieux et dépressifs se manifestent avec des suicides à déplorer chaque année. Dans un monde où la santé tend à se judiciaireiser, à être gérée par des financiers et où le soin n'est plus une aubaine mais un dû, c'est autant de stress et d'angoisse mettant à mal l'acquisition des compétences professionnelles nécessaires.

Depuis les travaux de Christina Malash et la validation de l'échelle Maslash Burnout Inventory « *MBI* », le dépistage et l'évaluation du SEP est possible (12, 13). Les techniques cognitivo-comportementales sont une des thérapies les plus efficaces, hors peu d'études interventionnelles existent.

Notre travail de thèse s'intègre dans une étude globale intitulée « *No Burnout Poitiers* ». Cette étude fait l'objet de travaux de thèse de plusieurs internes sous la direction du docteur François Birault, Maître de Conférences associé de Médecine Générale, et de l'unité de recherche clinique du Centre Hospitalier Henri Laborit. Elle a pour objectif de faire un point sur le niveau d'épuisement professionnel des étudiants en médecine et maïeutique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers et d'évaluer l'impact de deux outils cognitivo-comportementaux sur les différentes composantes du MBI sur 9 mois d'utilisation. Le niveau d'épuisement professionnel des étudiants sera évalué tous les 3 mois. Afin d'évaluer précisément l'efficacité de ces différentes thérapies il est nécessaire de vérifier la cohérence de la méthodologie choisie dans l'étude No Burnout Poitiers. Notre travail de thèse présenté, a pour objectif d'identifier le niveau d'épuisement professionnel par échelle MBI et d'en vérifier la stabilité temporelle sur 4 mois en l'absence de traitement en début d'étude. L'intérêt de cette recherche est de pouvoir prendre en compte une éventuelle évolution des composantes du score MBI dans l'évaluation trimestrielle de l'efficacité des thérapies testées.

SOMMAIRE

1. Justification de l'étude

1.1	Travail : source de stress	p.10
1.2	Le syndrome d'épuisement professionnel dit « Burnout »	p.11
1.2.1	Un concept	p.11
1.2.2	Définition, termes utilisés	p.12
1.2.3	Le MBI, les 3 composantes	p.12
1.3	SEP dans le milieu médical	p.13
1.3.1	Les médecins	p.13
1.3.2	Les étudiants en médecine et sages femmes	p.15
1.4	Les facteurs d'influence	p.19
1.5	Les conséquences	p.21
1.5.1	Soignants	p.21
1.5.2	Soignés	p.23
1.5.3	Economiques	p.24
1.6	Préventions et thérapeutiques	p.24
1.7	Empathie	p.27
1.7.1	Définition	p.27
1.7.2	Effet de santé	p.29
1.7.2.1	Les patients	p.29
1.7.2.2	Les médecins	p.30
1.8	Anxiété et dépression	p.31
1.9	Etude No Burnout Poitiers	p.31

2. Méthodologie

2.1	Objectifs et critères d'évaluation	p.35
2.2	Population étudiée	p.35
2.2.1	Population cible	p.35
2.2.2	Critères d'inclusion et de non inclusion	p.35
2.2.3	Modalité de recrutement	p.36
2.3	Description méthodologique de la recherche	p.37
2.3.1	Type d'étude	p.37
2.3.2	Lieu et durée d'étude	p.38
2.3.3	Schéma d'étude	p.38
2.4	Instruments d'évaluation	p.40
2.4.1	Maslach Burnout Inventory (MBI) annexe 1	p.40
2.4.2	Index de réactivité Interpersonnelle (IRI) annexe 2	p.41
2.4.3	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) annexe 3	p.41
2.4.4	Questionnaire socio-démographique annexe 4	p.42
2.5	Bibliographie, données recueillies et analyse statistique	p.42
2.5.1	Bibliographie	p.42
2.5.2	Données recueillies	p.43
2.5.3	Analyses statistiques	p.43
2.5.4	Considérations éthiques	p.44

3. Résultats

3.1	Echantillon M0-M4	p.45
3.1.1	Caractéristiques sociodémographiques	p.45
3.1.2	Analyse du SEP	p.53
3.1.3	Etude de stabilité temporelle	p.55
3.2	Echantillon M4	p.56
3.2.1	Caractéristiques sociodémographiques	p.56
3.2.2	Analyse du SEP	p.62
3.2.3	Analyse de l'empathie	p.64
3.2.4	Analyse des troubles anxio-dépressifs	p.66
3.2.5	Etude de corrélation	p.67

4. Discussion

4.1	Biais de l'étude	p.70
4.2	Interprétation des résultats	p.72
4.2.1	Echantillon M0-M4	p.72
4.2.1.1	Sociodémographie et MBI	p.72
4.2.1.2	Stabilité temporelle	p.78
4.2.2	Echantillon M4	p.79
4.2.3	Sociodémographie	p.79
4.2.4	Echelle MBI, IRI, HAD	p.80
4.2.5	Analyse en fonction de l'année d'étude	p.81
4.2.6	Etude de corrélation	p.82
4.3	Perspective	p.83

5. Conclusion

Bibliographie

Annexes :

- Annexe 1 : Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Annexe 2 : Index de réactivité Interpersonnelle (IRI)
- Annexe 3 : Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)
- Annexe 4 : Questionnaire sociodémographique

Résumé

Serment d'Hippocrate

Liste des abréviations

SEP : Syndrome d'épuisement professionnel
EE : Epuisement émotionnel
DEP : Dépersonnalisation
AP : Accomplissement personnel
MBI : Maslach Burnout Inventory
IRI : Interpersonal Reactivity Index
PT : Adaptation contextuelle « Perspective Taking »
EC : Souci empathique « d'empathie concern »
PD : Détresse personnelle « Personal distress »
FS : Fantaisie « fantasy »
HAD : Hospital Anxiety and Depression scale
CCI : Coefficient de corrélation intraclasse
Internes MG : Internes de médecine générale
ENT : Environnement Numérique de Travail
TCC : Thérapie -comportementale
MDP : Méditation pleine conscience
SECCA : Stimulus Emotion Cognition Comportement Anticipation

URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
URC : Unité de Recherche Clinique
CREM : Comité Régional des Étudiants en Médecine
CRP-img : Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes en Médecine Générale
SIAIMP : Syndicat des Internes et Anciens Internes du CHU de Poitiers

1. Justification de l'étude

1.1 Travail : source de stress

En raison de la crise économique internationale, la dégradation des conditions de travail et ses répercussions sur la santé font l'actualité. Le stress correspond à un déséquilibre entre ce qui peut être demandé de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont nous disposons pour y répondre. Il n'est pas une maladie, mais une exposition prolongée peut réduire l'efficacité au travail et causer de nombreux problèmes de santé physique et mentale. On parle de stress chronique.

Quelques chiffres :

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (EUROFOUND) précise dans sa 4^{ème} enquête de 2005, plus d'un salarié européen sur cinq déclare souffrir de troubles de santé liés au stress au travail (1).

Une étude de la CRPCEM (*caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires*) évaluant le stress au travail, relève un échantillon de 108 salariés d'octobre 2011, 27% présente un stress au travail (2).

20% des hommes et 30% des femmes sont sur-stressés au travail d'après Eric Albert directeur de l'Institut français d'action sur le stress.

L'agence Européen pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA) publié un rapport d'octobre 2009 ; le stress est le deuxième problème de santé le plus rependu dans le monde du travail et touche 22% des travailleurs de l'Europe des 27. Le rapport indique que le stress est à l'origine de 50 à 60% de l'absentéisme (3).

Jean-Claude Delgenes, directeur du cabinet Technologia chiffre entre 500 et 600 le nombre de ces passages à l'acte chaque année dans les entreprises françaises. Dans l'éducation nationale et la police, plus de 35 pour 100 000 fonctionnaires mettent fin à leur jour chaque année, loin devant la moyenne nationale (20 décès pour 100 000 habitants) (4).

De nombreux ouvrages traitent des conséquences du stress au travail : coût pour l'entreprise (absentéisme, accident du travail), coût pour la société (en Europe : 22 milliards par an en 2002, en France le coût social du stress entre 2 à 3 milliards d'euros selon l'étude INRS et Arts et Métiers paris Tech de 2007), effet sur la santé (hypertension et autres maladies cardiovasculaires, fatigues, tensions musculaires, insomnie (5)) et symptômes émotionnels ainsi qu'intellectuels (dépression, angoisse, perte d'initiative et de concentration).

En 1980, C. Cherniss, dans son livre « *Staff Burnout - Job Stress in the Human Services* » fait le lien entre le stress au travail et l'épuisement professionnel (6). Il démontre qu'une cause sous-jacente de l'épuisement professionnel dans les établissements d'aide à la personne, est le stress psychologique causé quand il y a un déséquilibre perçu entre les ressources et les demandes (la demande de compétences, ou d'efficacité). Le personnel, s'imaginant ne pouvant plus contrôler les facteurs qui influent sur leur efficacité, est considéré comme vulnérable à l'épuisement professionnel.

1.2 Le syndrome d'épuisement professionnel dit « Burnout »

1.2.1 Un Concept

En 1768, le Dr Tissot, précurseur de la psychologie du travail, est un des premiers à décrire les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé et à proposer une approche hygiéniste et préventive (7).

En 1959, « *concours médical les états d'épuisement au travail* », Dr Claude Veil, Psychiatre Français, pionnier dans la psychiatrie sociale et psychologie du travail est le premier à décrire de manière scientifique les états d'épuisements au travail constatés lors de ces consultations. (8)

En 1969, H. B. Bradley est la première à employer le terme de «*burnout*» désignant un stress spécifiquement lié au travail (9). Ce terme est repris par le Psychiatre et psychothérapeute américain Herbert J. Freudenberger.

Dans les années 1970, le Docteur Freudenberger, intervenait au sein d'unité clinique, free clinic dans le Lower East Side de New York, spécialisé dans la prise en charge les toxicomanes. Il utilisa le terme de « burnout » pour désigner l'état mental des volontaires travaillant auprès des patients. Il constata une perte d'enthousiasme et d'engagement initial des bénévoles de l'établissement, surtout quand leurs fortes implications n'ont pas produit les résultats escomptés. Il décrivit notamment les symptômes physiques (insomnies, rhumes, maux de tête), émotionnels et comportementaux. Ses observations sont référencées dans son livre publié en 1974 *Staff Burn out*, première tentative de description de l'affection (10). En 1980, il publia aux Etats-Unis son livre *Burn Out: How to Beat the High Cost of Success* (traduction : la brûlure interne) où il met en évidence le lien avec les facteurs individuels : image idéaliste d'eux mêmes confrontée au soi véritable et aux objectifs impossibles à atteindre (11). Le burnout est « la maladie du battant ».

En 1976, Christina MASLACH chercheur en Psychologie Sociale, va démarrer un programme de recherche auprès de la Profession Médicale lui permettant à l'inverse de Freudenberger, d'insister sur les facteurs environnementaux du travail. Il s'agit d'une accumulation du stress professionnel retentissant sur l'état psychologique, émotionnel et physique (12). En 1981, C. Maslach et Susan E. Jackson décrivent le SEP comme un « *syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel chez les individus professionnellement impliqués auprès d'autrui.* ». Ainsi elles élaborent un instrument de mesure adapté aux « relations d'aide » : le Maslach Burn out Inventory (MBI) (13).

Dans les années 90, cette définition ne concernant que les professions d'aide à la personne s'élargit à toutes les professions. Selon Leiter et Schaufeli : « *le burnout est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail* ».

1.2.2 Définition, termes utilisés

Au niveau mondial, plusieurs expressions sont utilisées :

- Burnout syndrome : to burn out signifie : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop forte d'énergie. Il évoque une combustion totale, inspirée de l'industrie aérospatiale désignant l'épuisement de carburant d'une fusée.
- Karoshi : (littéralement « mort par sur-travail ») désigne la mort subite de cadres ou d'employés de bureau par arrêt cardiaque suite à une charge de travail ou à un stress trop important. Le *karoshi* est reconnu comme une maladie professionnelle au Japon depuis les années 1970.
- Syndrome d'épuisement professionnel (SEP): Terme utilisé en langue Française, reflet du concept de burnout anglo-saxon définissant un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique.

Le syndrome d'épuisement professionnel est une maladie caractérisée par un ensemble de signes, de symptômes et de modifications du comportement en milieu professionnel. Les manifestations de l'épuisement professionnel peuvent être d'ordre : émotionnel (sentiment de vide, d'impuissance, perte de confiance en soi) cognitif (difficulté de concentration, indécision, difficultés à faire des opérations simples, altération de la qualité du travail) et physique (fatigue généralisée, maux de tête, tensions musculaires, problèmes de peau).

Ce concept diffère du syndrome dépressif par le fait qu'il est uniquement lié à des soucis d'ordre professionnel, et qu'il n'existe pas de ralentissement psychomoteur.

En 1976, C. Maslach décrit l'épuisement professionnel des relations d'aide comme : « *Une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail* » (12). Parallèlement à son travail, d'autres définitions ou conceptions sont apparues à la même époque et ont marqué les recherches ; mais la définition la plus reconnue est celle de Christina Maslach, et de Susan Jackson.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit le Burnout syndrome (BOS) « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » (14)

1.2.3 MBI, Les 3 dimensions

En 1981, C. Maslach et Susan E. Jackson élaborent un instrument de mesure adapté aux « relations d'aide » : le Maslach Burn out Inventory (MBI) (13). Cette échelle est devenue une référence dans la littérature.

Le SEP se caractérise par 3 sous dimensions évaluées par l'échelle MBI :

- Epuisement émotionnel : sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles. Elle est synonyme d'une fatigue et d'un manque d'énergie. La personne a perdu son entrain, n'est plus motivé par son travail qui devient alors une corvée. Il s'exprime comme être incapable de se « donner », psychologiquement, à l'autre.
- Dépersonnalisation ou le cynisme : Elle renvoie aux attitudes impersonnelles, détachées, insensibilité au monde environnant, déshumanisation de la relation à l'autre, vision négative des autres et du travail. C'est une fonction défensive vis-à-vis de l'épuisement professionnel comportant détachement et cynisme.
- Sentiment de non-accomplissement : représente la dévalorisation de son travail et de ses compétences. Sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes de l'entourage, mise en retrait, dépréciation de ses résultats.

1.3 SEP dans le milieu médical

1.3.1 Les médecins

Si le SEP est susceptible de frapper quelque soit la profession, les soignants restent une cible privilégiée de ce syndrome. Plusieurs études internationales ont vu le jour depuis la fin du 20^{ème} siècle. Est présenté dans ce chapitre, les dernières études Européennes et Françaises relevant des résultats similaires.

En Europe :

En 2008, Soler réalise une enquête européenne (EGPRN, 2088) évaluant la prévalence de l'épuisement professionnel chez 1300 médecins généralistes de nationalités différentes et retrouve un score d'épuisement émotionnel élevé chez 43% des répondants, 35,3 % des scores élevés de dépersonnalisation et 32 % ont un score bas d'accomplissement personnel. 12% présentent un score pathologique dans les 3 dimensions (16).

En 2012 une enquête est menée auprès des médecins généralistes allemands : 20% des répondants étaient en burnout (17).

En France :

De nombreuses études, notamment ceux réalisées par Didier Truchot, maître de conférences en psychologie sociale à l'université de Reims, ont montré qu'environ la moitié des médecins libéraux présentent les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel.

En effet, les analyses statistiques des rapport de recherche pour l'URML de 2001, 2003 et 2004, respectivement Bourgogne, Champagne-Ardenne et Poitou Charentes auprès de 1317 médecins libéraux démontrent des taux élevés de burnout, avec en moyenne un taux d'épuisement émotionnel élevé de 43%, de dépersonnalisation élevé de 40% et d'accomplissement personnel bas de 33% (18, 19, 20). Plus précisément, chez 515 médecins généralistes de Poitou-Charentes, on retrouve des scores élevés d'épuisement émotionnel dans 40,3% des cas, de dépersonnalisation dans 43,7% ; les scores d'accomplissement personnel sont bas pour 43,9 %.

L'investissement de l'URML Ile-de-France, mené par E. Galam en 2007, dans la prise en compte de l'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens vient confirmer et amplifier les résultats de D. Truchot. 53% des médecins témoignent se sentir en danger et particulièrement chez les médecins de secteur 1 et les médecins généralistes (21).

De nombreux autres travaux traitant du sujet révèlent des résultats tout à fait similaires. Le Dr Vaquin-Villeminey, dans sa thèse de 2007, retrouve auprès de 221 médecins généralistes en France, un taux de 8 % de burnout élevé. Taux d'épuisement émotionnel élevé : 27,1%, dépersonnalisation élevé : 32,6% et accomplissement personnel bas : 45,2% (22).

Concernant les praticiens hospitaliers:

En 2005, une enquête a interrogé 2290 professionnels soignants travaillant dans 5 hôpitaux de la province de Gérone (Espagne). On a retrouvé un taux d'épuisement émotionnel élevé à 46,5% chez les médecins contre 41,6% des autres professionnels (infirmières, aides-soignantes) (23).

L'objectif de l'enquête santé et satisfaction des médecins au travail (SESMAT) de 2007, menée par Madeleine Estryn-Behar, était de mesurer la fréquence du SEP chez les médecins salariés des établissements de soins. Score élevé d'épuisement professionnel chez 38,4 % des Anesthésistes réanimateurs, 43,4% des psychiatres et 42,4 % des autres praticiens ($p < 0,05$) avec un important défaut de perception de cette atteinte puisque seul 15 % des praticiens l'identifient. Il est notamment décrit que les urgentistes, les gériatres et les pharmaciens ont une plus grande fréquence de burnout (24).

Au total, l'épuisement professionnel des médecins est bien une réalité saillante, avec des résultats similaires en profession libérale et hospitalière. Les analyses de nombreuses études démontrent que les médecins constituent un groupe professionnel particulièrement concerné par le SEP. Il est cependant à noter que la comparaison entre la prévalence du SEP en France et à l'étranger est difficile et doit rester prudente car il existe des variabilités culturelles du score MBI et les échantillons ne sont pas toujours comparables (études régionales, nationales).

1.3.2 les étudiants en médecines et sages-femmes

La qualité de vie parmi les étudiants en médecine a également été bien documentée, Rosenthal et coll. ont indiqué que les étudiants en médecine sont plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que leurs pairs non médicaux. Dans un monde qui tant à se judiciariser et où le soin n'est plus une aubaine mais un dû, c'est autant de stress et d'angoisse mettant à mal l'acquisition des compétences professionnelles nécessaires (25). En effet, une revue, publiée dans le Journal of graduate Medical Education en décembre 2009, a examiné la littérature traitant du SEP et révèle qu'il est nettement rependu dans les études de médecine de l'ordre de 28 à 45%. (26)

Durant les années 2011 et 2012, une étude américaine menée aux Etats-Unis, a étudié le SEP des internes en médecine et médecins comparativement un échantillon de la population générale. Il est démontré que les étudiants ainsi que les médecins étaient plus susceptibles d'être touchés et qu'un étudiant avait une probabilité accrue de présenter des symptômes dépressifs comparativement aux autres groupes. (27)

En 2013, Ishak W. publie « *Burnout in medical students: a systematic review* » et démontre que l'épuisement professionnel est très répandu chez les étudiants en médecine Américains, avec un étudiant sur deux pouvant être affecté au cours de sa formation. Il montre que cette épuisement peut persister au delà de la formation et déboucher sur des troubles psychiatriques et des idées suicidaires. Il proposa notamment que des interventions axées sur la création de bien-être pendant la formation médicale soient fortement recommandées. (28)

Peu d'études Françaises font référence dans le domaine de l'épuisement professionnel chez les étudiants en médecine. Les travaux réalisés sont des thèses d'étudiants devenus depuis docteur en médecine.

Rappel de quelques travaux déjà réalisés en France :

Sont représentés dans ce tableau, les scores moyens des différentes sous dimensions (épuiement émotionnel, dépersonnalisation et bas d'accomplissement personnel) ainsi que les pourcentages de répondants avec une score pathologique.

Travaux	répondants	Epuiement émotionnel	dépersonnalisation	Accomplissement personnel
2005 Dr Guinaud (30)	92% (692 internes MG)	22,1 24,1%	10,6 42%	33,7 48,6%
2004 Dr Merine (31)	95,4% (210 interne MG)	8,6%	22,4%	49,3%
2008 Dr Pittaco (32)	84% (205 internes ile de France urgence)	18,1 16%	10 50%	36,2 33%
2009 Dr Barbarin (33)	197 internes MG Nantes	19,7 16%	9,8 35%	37,4 21%
2010 Dr Ernst (34)	71% (171 interne MG Strasbourg)	19,8 19,2%	10,4 38,5%	37,4 21,7%
2011 Dr Le Tourneur et Komly (35)	64% (4050 internes MG Français)	20 16%	9,7 33,8%	34,8 38,9%

La thèse du Dr Le Tourneur et Dr Komly soutenu en Décembre 2011, est la première enquête nationale Française faisant état des lieux du syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants internes en médecine générale. Elle fut notamment l'objet d'une publication, par E Galam, dans le British Journal of General Practice en Mars 2013, « *Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study* » (29). Etant l'une des seules enquêtes nationales du genre, elle reste une référence à laquelle nos résultats seront confrontés.

Il s'agit d'une étude réalisée en 2011, descriptive et transversale, dont la population cible comprenait 6309 internes en médecine générale, invités à remplir le questionnaire Maslach Burnout Inventory au cours de réunion de choix de stage en Mars 2011.

Résultats :

Un total de 4050 questionnaires anonymes ont été analysés (taux de réponse: 64,2%).

Taux d'épuisement émotionnel élevé : 16% des répondants, score moyen de 20.

Taux de dépersonnalisation élevé : 33,8 % des répondants, score moyen de 9,7.

Taux d'accomplissement personnel bas : 38,9% des répondants, score moyen de 34,8.

De tous les intervenants, 24,1% ont eu au moins deux scores élevés et ont été considérés comme ayant un épuisement professionnel; seulement 41,9% ne présentait pas de score élevé, Ils sont 7%, soit 283 IMG à présenter les 3 scores élevés.

L'échantillon comprenait 31,3% des hommes et l'âge moyen était de 26,4 années. 39,7% ont été enregistrées dans la première année, 34,0% la deuxième année, et de 26,2% en troisième année. Concernant cette population :

- 1,4% répondants affirment avoir déjà tenté de se suicider
- 16,7% pensaient «souvent ou régulièrement» à abandonner leur formation
- 9,2% déclaraient avoir pris des hypnotiques au moins une fois par mois
- 6,5% déclaraient avoir pris ou prendre, antidépresseurs

Les principaux facteurs d'influence du burnout identifiés:

- Le sexe : l'épuisement émotionnel 17,1% des hommes vs 15,4% des femmes, dépersonnalisation 44,7% vs 28,8%, pas de différence significative concernant l'accomplissement personnel. les 3 scores pathologiques 7,8% vs 5,8%, aucun score pathologique 44,3% femmes vs 36,7% des hommes. Ainsi pour Dr Le Tourneur et Dr Komly, être un homme représente un facteur de risque de SEP plus marqué pour la dépersonnalisation.
- Année d'internat : Dépersonnalisation : 1er et 2ème année majorées par rapport à la 3ème année (34,6% vs 31,6%), l'accomplissement personnel accroit progressivement de la 1ère à la 3ème année (24% vs 27,3% vs 32,8%). L'étude montre peu d'évolution du SEP avec les années d'étude. Pourcentage d'étudiants avec 0 scores pathologique : 43% et 44,1% vs 39,5%

D'autres facteurs d'influence ont été identifiés : choisir une formation en médecine générale comme un second choix, avoir un temps de travail important, le manque de reconnaissance de médecins seniors, de l'équipe médicale, et des patients, l'insatisfaction avec le temps consacré à la famille, les amis ou de loisirs, avoir le sentiment que le médecin-chef fut «insatisfait», peur d'être impliqué dans une erreur médicale, être âgé de plus 30 ans, avoir consulté un psychothérapeute, avoir eu des idées suicidaires et fait des tentatives de suicide, avoir une consommation d'alcool et d'antidépresseurs régulière. Autant de facteurs étudiés, qui après réunions de travail de notre équipe, ont pu nous diriger dans la réalisation d'un questionnaire sociodémographique adapté à notre propre étude.

Dans son rapport de 2006 concernant les étudiants en médecine de la région Champagne-Ardenne, Didier Truchot présente une vision d'ensemble de l'évolution des composantes du score MBI en fonction de l'année d'étude bien documentée (36). 650 questionnaires ont pu être analysés avec une répartition homme/femme semblable à l'étude précédente.

- Les femmes ont un degré d'épuisement significativement supérieur à celui de hommes (17,01 vs 15,61), mais moins cynique (8,57 vs. 9,22) non significatif. Un moindre sentiment d'efficacité professionnelle apparaît (15,01 vs. 17,50). A noter que 42% des étudiantes ont des symptômes significatifs de dépression et d'anxiété ainsi que 33%

des étudiants.

- L'étude met en évidence des scores d'épuisement émotionnel et de cynisme (ou dépersonnalisation) élevés en première année (17,5% et 8,5%), puis ces scores diminuent au cours des deuxièmes (13,5 % et 7,7 %) et troisièmes années (15,2 % et 8,1 %) pour remonter jusqu'en sixième année (21 % et 12,6 %). A partir de la septième année, si les scores de cynisme restent élevés, les scores d'épuisement émotionnel tendent à décroître et le sentiment d'efficacité professionnel s'accroît (15,3% 6^{ème} année à 20,1% en 9^{ème} année). Il est cependant important de pondérer les résultats compte tenu d'une nette baisse d'effectif à partir de la 6^{ème} année. Passant de 250 étudiants en 1^{er} année, 75 les 2 années suivantes, 40 jusqu'en 6^{ème} année puis diminution au alentour de 20 étudiants les années suivantes.

Didier Truchot constate notamment que ce sont principalement les stressseurs liés à des tensions, aux exigences des études et à la charge de travail les plus perçus.

En 2012, L.MAZAS-WEYNE, évalue dans le cadre de son travail de thèse le burnout des DCEM2 de la faculté de Paris Descartes. Elle retrouve des scores d'épuisement émotionnel élevés chez 18,4% des externes, des scores de dépersonnalisation élevés chez 32,8% des externes et des scores d'accomplissement personnel bas chez 25,3% des externes. Au total, 59,8% des externes ont au moins un score pathologique (37).

Nous pouvons noter des affirmations contradictoires avancées dans les différents travaux. Notamment concernant l'épuisement des hommes et des femmes. L'étude de 2011 nous affirmerait que les hommes présentent un niveau d'épuisement émotionnel (EE) ainsi qu'un niveau de cynisme (DP) majoré par rapport aux femmes avec une différence non significative pour l'accomplissement personnel (AP). Hors D. Truchot affirme que les femmes sont plus sujettes à présenter un niveau d'épuisement émotionnel et un sentiment d'accomplissement professionnel meilleur. De plus celui-ci démontre que DP reste élevé à partir de la 7^{ème} année (ou 1^{er} année d'internat) avec une diminution de EP et une majoration de AP. Mais l'étude de 2011 présentent des résultats affirmant que la DP est plus élevé en 1^{er} et 2^{ème} année d'internat puis diminue mais est en accord avec une majoration de AP.

Aparté sur les sages-femmes :

Une thèse fut présentée publiquement en 2013 par le Dr Hastroy Anita étudiant le burnout des soignants de l'hôpital Paul De Viguier en maternité de niveau 3. Il est relevé un niveau d'épuisement professionnel élevé chez 44% des médecins (interne en gynécologie, médecin gynécologues obstétriciens, pédiatres et réanimateurs) et 36% des sages-femmes. 11% présentes des scores élevés dans les 3 dimensions du burnout, 25% dans 2 et 64% dans 1. Aucune différence significative ne fut relevée entre les scores des sages-femmes et des médecins (38).

En 2011, une étude menée en Australie confirme cette tendance. Sur 152 sages-femmes, il fut analysé un épuisement émotionnel chez 60% d'entre elles, une dépersonnalisation chez 30% et un accomplissement personnel bas chez 30% également (39).

1.4 Les facteurs d'influence

Plusieurs facteurs, influençant la survenue de l'épuisement professionnel, furent identifiés chez les médecins et aux cours de leurs études. Il semble nécessaire de les préciser, de rassembler les données bibliographiques connues à ce jour afin de justifier le questionnaire sociodémographique utilisé dans l'étude présente puis de comparer les résultats obtenus. Pour une meilleure vision d'ensemble, nous les classerons de façon arbitraire en 3 catégories :

- Facteurs organisationnels : est référencé le contenu de l'activité professionnelle et personnelle.
 - Facteurs interindividuels : qui s'établissent entre les individus, représentant les relations interpersonnelles médecin-patient et interprofessionnelles.
 - Facteurs intra-individuels : définissant les variables au sein même d'un individu quelque soit la situation ou le contexte
- Facteurs organisationnels :
- Contrainte administrative (21) : rapport de l'URML d'Ile de France de 2007, 96% des médecins libéraux dénoncent « l'excès de paperasserie » et 88,6% « l'augmentation des contraintes collectives ».
 - Charge de travail et longueurs des journées (18, 21, 31, 35, 40) : Exercer la médecine générale en secteur 1, réaliser plus de 6000 actes par an avec consultation sans rendez-vous et visite à domicile sont associés de façon significative au sentiment de menace de l'épuisement professionnel. En effet, Didier Truchot met en évidence l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation influencés par la quantité d'actes réalisés ($p=0,028$) ($p=0,032$) et augmentent proportionnellement à cette quantité, ainsi qu'au nombre d'heures de travail hebdomadaire (0,046) (0,0007).
Chez les internes de médecine générale, le volume horaire supérieure à 50 heures multiplie par 2 la proportion d'étudiants en épuisement émotionnel, dépersonnalisation avec les 3 scores morbides (35)
 - Stage chez le praticien (31) : Le travail de thèse du Dr Merine informe que l'étudiant ayant réalisé un stage chez le praticien améliorerait leur niveau d'accomplissement personnel
 - Le temps consacré à l'entourage et aux loisirs (35) : d'après le thèse du Dr Le Tourneur et Komly de 2011, les étudiants affirmant avoir suffisamment de temps à consacrer à leur vie personnelle avaient un score 4 fois moins élevé pour la composante épuisement émotionnel et 1,5 fois moins élevé pour le score de dépersonnalisation.

- Le lieu de stage (35): 4,7% des internes de médecine générale en stage ambulatoire présentent les 3 scores morbides d'épuisement professionnel vs 7,3% en stages hospitaliers, 8,5% aux urgences,
 - Vie privé (33, 21): en 2007 les médecins dénoncent « le manque de temps pour leurs vies privées (84,1%) et une vie trop parasitée par le travail » (77,3%). Dr Guinaud affirme, dans sa thèse de 2005, que pratiquer un loisir régulièrement améliore le niveau d'accomplissement personnel.
 - Diminution des jours de congés (30, 21)
 - Absence de soutien social (29)
 - Le manque de clarté dans les objectifs, les moyens... (29)
 - Le manque de contrôle : faiblesse de la participation aux prises de décision, des marges de manœuvre, manque de retour d'informations sur l'efficacité du travail, (29)
- Facteurs interindividuels :
- Etre confronté à des difficultés d'ordre affectif dans sa vie privée, financier, de santé sont des facteurs associés de façon significative aux sentiments de menace de l'épuisement professionnel. (41, 19)
 - Exigences des patients (21, 40, 18): 68,5% des réponses du rapport de l'URML Bourgogne. Les relations avec les clients sont citées comme étant sources majeures de stress et de tension. (agressivité, demande non justifiée, excessive, harcèlement, manque de respect, visite non payé, absence de compliance et poursuite judiciaire). Dans le rapport URML Ile de France de 2007: 84,1% des médecins libéraux dénoncent « l'exigence des patients ».
 - Les demandes contradictoires (29)
 - La confrontation à la fin de vie et l'annonce de maladie grave associées de façon significative à un score de dépersonnalisation plus élevé, et à un accomplissement personnel plus bas. (33)
 - Difficulté de relation interprofessionnelle (33, 24) : Dr Barbarin, en 2009, affirme un facteur de risque la discrimination entre internes de médecine générale et ceux de spécialité.
 - Absence de reconnaissance du travail fourni (35, 33,19) : 90,1% des médecins libéraux dénoncent « la non reconnaissance de l'action du médecin» (19)
 - Connaissances théoriques perçues comme insuffisantes ou non adaptées. (33)
 - Harcèlements interprofessionnels (33, 41)

▪ Facteurs intra-individuels :

- Type de personnalité (42): anxieux, hyperactif, excès d'ambition, le désir de plaire à tout le monde, le sens de l'autocritique excessif et l'impossibilité de déléguer.
- La sensation d'être menacé par l'épuisement professionnel présente un lien significatif avec le fait d'être en épuisement professionnel (35)
- Sexe féminin (29, 33, 35, 41, 40): il est associé à un taux d'épuisement émotionnel élevé (P=0,049) (40)

Chez les internes, le travail de thèse du Dr Barbarin présente un score d'épuisement émotionnel plus haut chez les femmes, mais un score de dépersonnalisation plus élevé chez les hommes (33). Il est relevé un score de 44,7% chez les hommes vs 28,8% dans les travaux du Dr Galam. Comme vu ci-dessus, être un homme représenterait un risque plus élevé de SEP, notamment marqué dans la dépersonnalisation (35). Hors, D. Truchot, explique que les femmes ont un risque majoré de dépression et de présenter un SEP.

- Etre jeune (29, 30, 33, 35) : le travail de thèse du Dr Guinaud démontre qu'être jeune est significativement lié à la dépersonnalisation, alors qu'être plus âgé améliorerait le niveau d'accomplissement personnel . Le Dr le Tourneur et Komly affirment que l'épuisement émotionnel croissant avec l'âge des internes. Etre âgé de 45 à 50 ans et le célibat sont des facteurs associés de façon significative au sentiment de menace de l'épuisement professionnel (33,21)
- Lien entre parentalité et les scores de dépersonnalisation et accomplissement (avoir au moins un enfant est protecteur) (35)
- Dégradation de la relation médecin patient (21)

1.5 Les conséquences

1.5.1 Conséquence pour le soignant

L'épuisement professionnel n'est bien entendu pas sans conséquence. D'après l'INRS les manifestations de l'épuisement professionnel, plus ou moins aiguës, peuvent être d'ordre :

- émotionnel (sentiment de vide, d'impuissance, perte de confiance en soi, irritabilité, pessimisme, évitement des contacts, attitude « bureaucratique »),
- cognitif (difficulté de concentration, indécision, difficulté à faire des opérations simples, altération de la qualité du travail),

- physique (fatigue généralisée, maux de tête, de dos, tensions musculaires, problèmes de peau).

Bien qu'il soit difficile de faire la part entre les causes et les conséquences, de nombreuses études internationales et Françaises ont fait la lumière sur certaines pathologies physiques et psychiques. Par exemple, 639 incidents ont été déclarés par des médecins en 2005 à l'observatoire de la sécurité des médecins mis en place par le Conseil National de l'Ordre des médecins depuis 2003 (43).

- Altération de l'hygiène de vie (30, 41) : absence de pratique de sport, de loisir, de vie sociale, insuffisance de sommeil.
- Altération de la santé : troubles musculo-squelettiques et rachialgies (41), maladies cardio-vasculaires (44), diabète type 2 (45).
- Majoration des conduites addictives (16, 40) : dans le rapport du département de la Loire, 5,5% des médecins généralistes avouaient boire de l'alcool de façon excessive significativement lié à l'épuisement émotionnel ($p=0,003$), 14% fumaient de façon régulière. Dans l'étude de 2011, 13,19 % des internes se sentant menacés par le SEP fument contre 6,71%. 13,2% consomment des hypnotiques vs 5,2% et 10,6% consomment des antidépresseurs vs 3%
- Augmentation des prises de psychotropes (16, 29, 35 40) : lié significativement à l'épuisement émotionnel ($p=0,0001$) (40). Dans l'étude du Dr Guinaud, 15% des internes en médecine consomment des antidépresseurs (30).
- Augmentation de la survenue de troubles d'ordre psychiatrique (16, 41, 46). La première cause d'invalidité chez les médecins est représentée par les affections psychiatriques : 37,94% en 2005 d'après la CARMF devant les maladies cancéreuses et cardiovasculaires (46).

Une enquête, réalisée par le Dr K. Ahola sur un échantillon de la population Finlandaise en 2007, a démontré le lien significatif entre épuisement professionnel et symptômes anxio-dépressifs et l'alcool-dépendance. 53 % des employés en épuisement sévère présentaient une dépression vs 7 % pour ceux ne l'étant pas (21% vs 2% pour les troubles anxieux) (47). Ces liens significatifs sont confirmés par une étude Française de 2009 auprès des professionnels de santé de services d'anesthésie et de soins intensifs (48)

¼ des internes auraient envisagé un suivi psychologique affirmé par le Travail de thèse du Dr Guinaud en 2005. (30)

- Le suicide : En 2003, le suicide représentait 14% des causes de décès des Médecins libéraux en activité d'après une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins, contre 5,4% dans la population générale. (49).

Sur 306 médecins généralistes libéraux du département de la Loire : 13% ont déjà envisagé le suicide (40).

En 2007, 14% des répondants au rapport de l'URML Ile de France (21) ont évoqué le suicide ; avec de nombreux témoignages « *l'évolution vers un état*

dépressif majeur avec le suicide comme seul issu, personnellement, j'y pense de plus en plus»

L'étude nationale sur les internes de médecine générale de 2011 met en évidence une corrélation entre le SEP, les idées suicidaires et les tentatives d'autolyse. 19% des internes en médecine générale, ayant les trois scores du MBI pathologiques, ont eu des idées suicidaires contre 3,5% chez les internes qui n'ont aucun score pathologique au MBI. De même, ils sont 4,3% à avoir tenté une autolyse contre 0,9%.

Alors que le SEP trouve sa source dans le contexte professionnel, la dépression est liée à la sphère privée. Si la dépression n'induit pas de SEP, le SEP peut conduire à la dépression.

1.5.2 Conséquences pour le soigné

- Les erreurs médicales: Le Dr Le Tourneur affirme que les internes en médecine générale craignant de faire des erreurs médicales sont plus concernés par l'épuisement professionnel. Ils sont en proportion 10% de plus dans chaque catégorie de l'épuisement professionnel. Ils sont 2 fois plus nombreux à avoir les 3 scores morbides. (35)

En effet, le lien significatif entre épuisement et erreurs médicales a été mis en évidence par une étude américaine en 2006. 34 % des internes avaient fait une erreur médicale majeure pendant leur étude. De plus un niveau d'épuisement élevé était associé avec une augmentation des erreurs médicales perçues dans les trois derniers mois. (50) Même constatation dans une étude concernant des chirurgiens américains en 2010.

- Diminution de la qualité de soin délivrée et dégradation de la relation médecin patient (21) : d'après les médecins interrogés lors du rapport pour URML Ile de France, les conséquences de l'épuisement professionnel résident dans le mal-être chez 90,1% d'entre eux, la dégradation de la relation médecin/patient (85%) et l'altération de la qualité des soins (84,8%).

Une étude Américaine de 2009 met en relation le SEP et la qualité des soins (51). En effet, les étudiants présentant un niveau de SEP élevé déclarent plus de conduites non professionnelles liées à la qualité des soins (35 vs 21,9). Il fut présenté une augmentation des attitudes malhonnêtes cliniques, attitudes moins altruistes de la responsabilité en vers la société ainsi qu'un risque d'entretenir des rapports non conformes avec l'industrie pharmaceutique

1.5.3 Conséquences économiques

- Plan financier : L'épuisement professionnel induit une perte d'efficacité en économie de santé (52). Une étude réalisée en 2000 sur 220 médecins de la région de Barcelone, a démontré que ceux présentant un SEP élevé, prescrivent de façon plus coûteuse (53). Cette analyse est controversée car l'étude de D. Truchot dans le rapport de l'URML Champagne Ardenne. Il explique que ceux ayant un score d'épuisement élevé avaient tendance à prescrire et réaliser des examens moins coûteux.
- Reconversion : Devant une désertification médicale en zone rurale aggravée, objectivée sur les cartes et les chiffres du CNG malgré des mesures incitatives peinant à démontrer leur efficacité, les enquêtes de Truchot (18, 19, 20), l'enquête EGPRN Soler (16), ainsi que la thèse d'exercice de 2004 de Dr Zeter (52) confirment qu'environ 1/3 des médecins envisagerait une reconversion à terme et que ce désir est significativement lié aux trois dimensions du burnout. Dans l'étude concernant le Poitou Charentes, 32,5% des médecins interrogés envisagent de cesser d'exercer et 4% souhaitent le faire dans l'année (20). 6% des médecins du rapport de l'URML d'île de France sont prêts effectivement à mettre à exécution leur désir d'arrêter leur travail dans un futur proche. (21)

Ils sont 7,3% d'entre eux dans l'étude PRESST-NEXT de 2002 concernant les professionnels de santé des établissements publics et privés de France (42). Chez les internes, le rapport de thèse du Dr Guinaud en 2005 affirme que sur 692 internes de médecine générale de Paris, 41,8% ont envisagé une reconversion (30).

- Repli sur la sphère privée : Le rapport de l'URML Bourgogne démontre une diminution de l'identité professionnelle qui aboutit à un repli sur la sphère privée (18). En effet, en début de carrière, de nombreux médecins (45,2%) étaient des professionnels actifs socialement, motivés tout autant à amener un changement social qu'à améliorer la situation de leurs patients. Ils ne sont plus que 10,7% actuellement.

1.6 Préventions et thérapeutiques

Institutions et associations :

Suite à une récente apparition dans les études ainsi que dans les médias du phénomène d'épuisement professionnel et de ses conséquences, de nouveaux moyens ont été mis en place pour la prévention primaire comme secondaire, souvent par les médecins pour les médecins. Ces récents circuits d'aide sont peu connus et donc peu utilisés.

- APSS (Association Pour les Soins aux Soignants) créée en 2009. Elle provient des fonds d'action sociale de la CARMF et du conseil national de l'ordre des médecins. Son but est de promouvoir toutes les actions de prévention en matière de pathologie psychique et addictive, envisager la prise en charge médicale et

sociale, favoriser l'ouverture de centres de soins dédiés à ces malades particuliers. Elle regroupe autour de ses créateurs, tous les syndicats médicaux, dentaires et infirmiers, tous les ordres professionnels, les fédérations de l'hospitalisation privée et publique, ainsi que le groupe Pasteur Mutualité. Elle compte même parmi ses membres le médecin conseil National de la Caisse d'assurance maladie, au titre d'observateur. (54)

- AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) créée en 2005. Elle est spécialisée dans la prévention, la prise en charge et la gestion des troubles psychologiques liés au travail. Son objectif est d'améliorer la qualité des soins de ville, la prévention de l'arrêt de l'activité, l'optimisation de la capacité d'écoute, et l'amélioration de la relation soignant-patient. (55)
- Depuis décembre 2012, le Groupe Pasteur Mutualité propose à ses adhérents une consultation de "prévention de l'épuisement professionnel" destinée aux médecins libéraux, hospitaliers, professionnels de santé et étudiants qui éprouvent un mal-être et une souffrance grave. (56)
- Le service d'entraide créé par l'ordre des médecins : il permet d'apporter une aide confraternelle à des médecins en difficulté ou à leurs familles. Ce soutien peut prendre la forme d'une aide financière, de conseils, ou d'accompagnement social. Il s'adresse à tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre rencontrant des difficultés financières, sociales, professionnelles, personnelles ou relatives à leur état de santé. Pour en bénéficier, le médecin (ou sa famille) s'adresse à son conseil départemental ou au conseil national de l'Ordre des médecins. (57)

Avis Plébiscité par les médecins et internes

Au cours des différentes études et travaux de thèse, des facteurs de risque d'épuisement professionnel ainsi que des témoignages peuvent être relevés en vu d'une amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie.

Dans le rapport d'Ile de France, un échantillon de 2 243 médecins généralistes et spécialistes libéraux représentatifs de la population médicale de la région, ont renseigné le questionnaire. Par ordre d'importance, les avis plébiscité par les médecins sont (21) :

- Amélioration de la protection sociale 97,2%
- Mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale 95,6%
- Prendre en compte le médecin pour lui même 93,2%
- Meilleure préparation des étudiants en médecine 93,2%
- Aide pour gestion administrative 88,4%
- Autonomie des médecins 88,3%
- Faciliter les remplacements 88%
- Syndrome épuisement professionnel reconnu comme maladie professionnelle 87,2%
- Diminuer sa charge de travail en modérant son activité 75,6%
- Lignes téléphoniques de conseils médicaux et juridiques 83,3%
- Instauration prise en charge médicale et psychologique spécifique 82,2%
- Inciter les jeunes médecins à s'installer plus rapidement 78,5%

- Aide dans pratique médicale 78,1%
- Inciter et former les médecins à la prise en charge médicale des confrères en souffrance 76,5%
- Diminuer sa charge de travail par le regroupement 75,6%
- Instauration d'une médecine du travail pour les médecins 75,1%
- Diminuer sa charge de travail en bénéficiant d'aide pour recruter une secrétaire 74,6%
- Développement de groupes de paroles entre confrères 71,2%
- Être mieux protégé au sein de son cabinet 66,1%
- Mise en place de cellules d'interventions policières 54,7%
- Diminuer sa charge de travail en déléguant certaines tâches aux paramédicaux 52,7%

En découle des recommandations de l'URML :

- Suivi plus précis des affections psychiatriques déclarées par les médecins à la CARMF, étude de la possibilité d'une diminution du délai de carence.
- Inciter à souscrire à des assurances complémentaires.
- Reconnaître le burnout comme maladie professionnelle.
- Limiter la judiciarisation de la relation médecin/patient.
- Intégrer à la formation des étudiants en médecine un module présentant le statut libéral, ses spécificités, avantages et difficultés de ce mode d'exercice.
- Développer les formations des médecins à la prise en charge de leurs confrères en souffrance.
- Assouplir les règles du remplacement.
- Inciter les praticiens au développement d'une « hygiène de vie professionnelle ».
- Rechercher et activer la mise en œuvre de moyens visant à améliorer la vie professionnelle des médecins.

Concernant les internes en médecine, les travaux de thèses exposent plusieurs pistes ouvertes et encore non ou mal entreprises. (30 à 35)

- Les étudiants en médecine, les internes et leurs seniors devraient être informés du risque de l'épuisement professionnel.
- Proposer des groupes de soutien, de parole, de tutorat et encadrement dans la prévention. Proposer des groupes de gestion de stress et groupes balint.
- Proposer une visite médicale en médecine du travail au début des études jusqu'à un suivi psychologique si besoin.
- Améliorer le statut juridique: diminution du nombre d'heures travaillées avec plafonnement, instauration de RTT, revalorisation du salaire en rapport avec le nombre d'années d'études effectué et le nombre d'heures travaillées.
- Respect repos de sécurité post-garde, séniorisation obligatoire des gardes.
- La reconnaissance du travail des internes, tant par leur équipe que par les patients et la société en faisant mieux connaître le statut de l'interne.
- Développer des moyens de lutte contre la discrimination entre interne et le harcèlement.
- Information et soutien à l'installation.
- Améliorer la formation sur la confrontation à la fin de vie et à l'annonce de diagnostics graves.
- Rappel aux conseils d'hygiène de vie et permettre aux étudiant de consacrer

suffisamment de temps à leur entourage et aux loisirs.

- Une diminution de la charge administrative.
- Assurer une maquette mieux organisée : stages mère-enfant couplant la pédiatrie et la gynécologie afin de ne pas avoir à choisir entre ces 2 spécialités, avoir 2 stages obligatoires chez des médecins généralistes, apprendre à faire face à des difficultés à réaliser les recherches personnelles, limiter le nombre de travaux à rendre, proposer des cours de psychologie et de formation à la relation médecin-patients, résoudre les difficultés rencontrées au cours de l'internat concernant leur vie personnelle et familiale, proposer une alternative face aux déclassements des internes femmes ayant accouchées.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

De nombreuses études (58, 59, 60) ouvrent la voie des thérapies cognitivo-comportementales type méditation pleine conscience, relaxation, auto réévaluation et prise de recul sur soi. Il ont montré leur efficacité dans le monde de l'entreprise et de l'éducation, notamment contre les troubles anxieux et dépressifs.

Validée scientifiquement, elles visent à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. Les TCC aide à progressivement dépasser les symptômes invalidants.

Depuis quelques années, des études visent à tester ce type de thérapie notamment sur les professionnels de santé (61). Malgré cet engouement, aucune étude n'explore les bienfaits de celles-ci mis à disposition des étudiants en médecine. C'est ce que notre étude No Burnout Poitiers propose.

1.7 Empathie

1.7.1 Définition

Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, la définition de l'empathie était souvent propre à son auteur. C'est en 1873 que Robert Vischer décrit la relation du sujet avec une œuvre d'art. Il s'agit de l'empathie esthétique. (62) Ce terme sera repris par le philosophe Théodore Lipps qui y introduira une dimension affective.

Aux 20^{ème} siècle, Carl Rogers, psychologue humaniste Nord-américain, présente sa méthode « l'approche centrée sur la personne » et met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non-jugement). Pour lui, être empathique signifie : « entrer dans le monde personnel et intérieur de l'autre tel qu'il le perçoit et s'y trouver comme chez soi » et cela implique que l'on « laisse de côté ses propres opinions et ses propres valeurs afin de pénétrer sans préjugés dans le monde l'autre » (63)

D'après Jacques Cosnier, docteur en médecine et en science, il s'agit de « *la capacité à se mettre à la place d'autrui et à percevoir ses affects (empathie d'affects), à partager ses représentations (empathie de pensée) ou à partager ses actions et réactions (empathie d'action). Les trois aspects peuvent être à certains moments confondus* » (1994) (64, 65).

En 2006 Lawrence distingue le concept d'empathie *émotionnelle* qui désigne la capacité à comprendre les états affectifs d'autrui, et le concept d'empathie cognitive, c'est à dire la capacité à comprendre les états mentaux. (66)

En vérité, la notion d'empathie est complexe et assez vague et peu de professionnel de santé est capable d'en préciser la définition. En d'autres termes, l'empathie est la notion désignant la compréhension des sentiments et émotions d'un autre individu. En langage courant, ce phénomène est souvent rendu par l'expression «se mettre à la place de ». Les auteurs sont partagés entre le caractère inné ou acquis de l'empathie. Depuis la fin du 20^{ème} siècle, des chercheurs en neurosciences ont démontré que l'empathie serait lié à une capacité de résonance automatique et fonctionnelle aussi bien motrice qu'émotionnelle avec autrui, et cela dès la naissance, faisant intervenir entre autre le cortex pré frontale. Il s'agit de la théorie des « neurones miroirs ».

Etymologie : Le mot empathie vient du latin *in*, dans, à l'intérieur, et du grec *pathos*, ce qu'on éprouve, souffrance.

En psychologie, l'empathie est la capacité de ressentir les émotions, les sentiments, les expériences d'une autre personne ou de se mettre à sa place.

Cette attitude nécessite un effort de compréhension intellectuelle d'autrui. Elle exclut cependant toute confusion entre soi et l'autre, tout mouvement affectif personnel ainsi que tout jugement moral. En effet, l'empathie n'implique pas de partager les sentiments ou les émotions de l'autre, ni de prendre position par rapport à elle, contrairement à la sympathie ou à l'antipathie.

Empathie vs Sympathie :

Il est important de distinguer l'empathie de la sympathie qui « implique un lien affectif avec celui qui en est l'objet ». « La sympathie, comme son étymologie l'indique, suppose que nous prenions part à l'émotion éprouvée par autrui, que nous partagions sa souffrance ou plus généralement son expérience affective. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet. L'empathie en revanche est un jeu de l'imagination qui vise à la compréhension d'autrui et non à l'établissement de liens affectifs ». (67)

1.7.2 Effet en santé

Pour le Dr Gelhaus Petra, on attend du médecin de l'empathie, de la compassion et des soins (68, 69, 70). De nos jours, l'empathie est décrite comme un élément important du professionnalisme en médecine. En France, la relation médecin-patient est au centre de l'exercice médical et l'empathie est considérée comme une compétence essentielle à acquérir (71). Il en est de même aux Etats Unis dans un consensus rédigé l'Association of American Medical Colleges.

1.7.2.1 Les patients

De nombreuses études ont démontrées que l'engagement empathique dans les soins aux patients permettrait d'améliorer leur état de santé.

Hojat M. en 2007 dans sa rédaction « *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes* » informe des bienfaits de l'empathie sur la prise en charge et la santé des patients. (72) En 2002, il démontre notamment que les étudiants en médecine les plus empathiques ont des notes plus élevées en compétence clinique (73).

Une revue du Canadian Medical Association Journal de 1995 a analysé 21 études publiées de 1983 à 1993 traitant de la relation médecin-patient (74). La corrélation entre relation empathique et santé des patients fut positive pour 16 études, 4 ont rapporté des résultats négatifs, et 1 n'a pas été concluante. Les résultats atteints sont, par ordre de fréquence, la santé émotionnelle, la résolution des symptômes, de la fonction, des mesures physiologiques décroissants (c'est à dire, la pression artérielle et le taux de sucre dans le sang) et le contrôle de la douleur.

A titre d'exemple, nous pouvons relever deux travaux étudiant la relation d'empathie avec le contrôle du diabète et de ses complications :

- La première est une étude américaines (75) avec 891 patients diabétiques, traités entre Juillet 2006 et Juin 2009, par 29 médecins de famille. Les patients des médecins avec des scores élevés d'empathie étaient significativement plus susceptibles d'avoir un bon contrôle de l'hémoglobine A1c (56%) que les patients des médecins avec des scores d'empathie bas (40%, $P < 0,001$). De même, la proportion de patients ayant une bonne maîtrise du C-LDL était significativement plus élevée pour les médecins avec des scores élevés d'empathie (59%) que les médecins ayant des notes faibles (44%, $P < 0,001$).
- La deuxième étude a porté sur 20961 patients et 242 médecins sur l'année 2009 en Italie (76). Les patients des médecins avec des scores d'empathie élevés, par rapport aux patients des médecins avec des scores d'empathie modérées et faibles, avaient un taux significativement plus faible de complications métaboliques aiguës (4,0, 7,1, et 6,5 pour 1000 patients, respectivement, $P < 0,05$)

Malgré les différences dans le programme de l'enseignement médical, des populations de patients et des médecins, de culture et des croyances, des systèmes de santé, et de la politique entre les deux pays ; les résultats concordent.

Une revue de littérature de 2004 a aussi démontré un lien significatif avec la relation de confiance et la satisfaction du patient (77). Une méta-analyse parut en 1988, confirme la corrélation entre une attitude empathique du soignant et la satisfaction du patient, son observance et sa capacité à se souvenir des informations médicales (78). De plus, 2 études Américaines (2005 et 2011) mettent en évidence des liens significatifs entre l'attitude empathique et la satisfaction, la compliance et l'autonomie (79, 80).

1.7.2.2 Les médecins

Concernant les médecins, le Dr Michèle Marchand fait remarquer que l'empathie peut dans certains cas mettre en difficulté le personnel soignant. En effet, pour être disponible pour les autres, il faut que le médecin soit « à l'aise dans ses propres baskets ». Et inversement, cet auteur fait le lien entre empathie et épuisement professionnel en parlant de « fatigue de compassion » (81).

Une étude menée en France en 2013 sur 294 médecins généralistes a démontré un lien entre empathie et SEP. L'association de score élevé en empathie émotionnelle et empathie cognitive avait un rôle protecteur vis à vis du SEP, ainsi qu'un score bas d'empathie cognitive induisait un risque de SEP (82).

Concernant les étudiant en médecine, de multiples études internationales contredisent l'évolution du niveau d'empathie dans le cursus scolaire. Une étude menée en 2006 auprès des étudiants en médecine de l'université de Boston, a montrée que l'empathie, mesuré par échelle Jefferson du médecin empathie-Student Version (JSPE-S), diminuait au cours des années d'études. Ces données sont confirmées par une étude publiée en 2012. De plus il est à noter que les femmes avaient un score d'empathie plus élevé que les hommes (83, 84). Les enquêtes de 2002, 2004 et 2009, Hojat Mohammadreza confirment cette tendance. (86, 87, 88). Hors 2 études retrouvées, Japonaise et Portugaise retrouvent des scores d'empathie qui augmentent avec les années d'études ; d'autres ne trouvent pas de différences significatives.

Chez les étudiants, en 2007, une étude auprès de 1098 étudiants en médecine des écoles du Minnesota a étudié la relation entre le bien-être (qualité de vie), l'épuisement professionnel et l'empathie (85). L'empathie intervient significativement dans la diminution de la dépersonnalisation et de l'épuisement émotionnel chez les hommes ($P=0,02$, $P=0,009$). Les symptômes de la dépression avaient une corrélation inverse avec l'empathie pour les femmes ($P \leq 0,01$). En revanche, le sentiment d'accomplissement personnel des étudiants a démontré une corrélation positive avec empathie indépendante du sexe ($p < 0,001$). Une qualité de vie était en corrélation avec des scores plus élevés de l'empathie ($P < 0,05$).

En 2014, une étude multicentrique (22 écoles de médecine) a interrogé 1650 élèves choisis au hasard pour remplir les questionnaires MBI, IRI et une échelle portant sur la qualité de vie (86). 1350 (81,8%) ont complété tous les questionnaires. Les étudiantes étaient plus

disposées à avoir une attitude empathique que les étudiants. Il existait une différence non significative dans les dispositions d'empathie des élèves à différents stades de leur formation médicale. Les étudiantes avaient des scores légèrement inférieurs pour la qualité physique et psychologique, des scores plus élevés dans l'épuisement émotionnel et plus faible dans la dépersonnalisation que leur homologue garçon. Dans l'étude de corrélation entre SEP et Empathie :

- La dépersonnalisation est liée à des scores faibles de « souci empathique » et de « prise de perspective »
- l'accomplissement personnel est associé à des scores élevés de « prise de perspective », des scores bas « détresse personnelle »

Qu'en est-il chez les étudiants français ?

1.8 Anxiété et dépression

Une étude Bretonne réalisé en 2011 a étudié la prévalence des troubles de l'humeur des internes et leurs liens avec le travail (95). Au moyen d'un questionnaire en ligne d'octobre 2011 à Juin 2012, les internes de la faculté de médecine de Brest ont été interrogés. Sur 192 données analysées soit un taux de participation de 34%, 13% avait un syndrome dépressif, 28,7% un trouble anxieux, 8,9% à la fois des trouble anxieux et dépressifs, 32,8% était en situation de *job strain* (association de demande psychologique forte et de latitude décisionnelle faible) et 29,7% en *iso strain* (association *job strain* et de soutien social faible).

Les troubles de l'humeur sont comparables aux données de la littérature et de la population en général, mais leurs prises en charge sont très limitées. Comme le SEP, les internes tendent peut être à nier leurs problèmes, ou à les considérer comme des signes de faiblesse. Cela résulte probablement d'un manque d'information et de dépistage qui doit être corrigé.

1.9 Etude No burnout Poitiers

Comme vu ci-dessus, de nombreuses études Françaises et internationales montrent que la population médicale est une cible privilégiée du SEP, et que les étudiants ne sont pas épargnés.

Les études sur ce sujet se sont multipliées ces dernières années. Sa prévalence et ses lourdes conséquences ne sont plus à démontrer. En effet, certains de nos étudiants « craquent ». Cela peut aller du simple « coup de mou » à des conséquences bien plus désastreuses comme le suicide. Le sujet est synonyme de faiblesse et donc tabou. Les étudiants en difficulté n'en parlent pas et les outils visant à prévenir et à traiter ce syndrome restent insuffisants et difficiles à organiser sur le plan individuel comme collectif.

Pour faire changer les choses, et proposer des solutions concrètes aux étudiants, l'étude No Burnout Poitiers fut une initiative de 7 internes regroupés autour de médecins travaillant sur le sujet.

L'objectif est d'étudier le niveau d'épuisement professionnel des étudiants en médecine et maïeutique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers puis d'évaluer l'impact de deux outils de thérapie cognitivo-comportementale sur les différentes composantes du MBI sur 9 mois d'utilisation. Ont été évalué notamment le niveau d'empathie par échelle de Davis IRI, les troubles anxio-dépressifs par échelle hospital anxiety and depression scale, ainsi que différents facteurs d'influence déjà identifiés dans de nombreux travaux.

La durée d'étude est de 1 ans et 3 mois. Elle a commencé le 1^{er} Juillet 2014 jusqu'au 5 Octobre 2015. Tous les 3 mois, les étudiants ont été contactés par mails et invité à répondre aux questionnaires permettant l'évaluation du SEP par échelle MBI. Un premier échantillon fut analysé de 0 à 4 mois puis les répondants furent randomisés selon 3 groupes et suivis pendant 9 mois :

- Groupes témoins : n'utilisant aucun outil de thérapie
- Groupes grille SECCA : utilisant l'outil de thérapie SECCA
- Groupe Méditation : utilisant la méditation pleine conscience

Afin d'évaluer précisément l'efficacité de ces différentes thérapies, il fut nécessaire de s'assurer que la cohérence méthodologique de l'étude No Burnout Poitiers. En effet, l'étude prévoit d'évaluation du niveau de SEP par échelle MBI des étudiants randomisés, tous les 3 mois pendant 9 mois. Ainsi il est primordial de vérifier la stabilité temporelle intra-personnelle des sous dimensions de l'échelle MBI sur 4 mois, en l'absence de traitement, avant instauration des thérapies.

Par cette méthode de travail, la stabilité du score MBI et de ces composantes pourra être pris en compte dans l'analyse des résultats du reste de l'étude et ainsi prouver de façon objective et méthodologique l'efficacité des thérapies testées.

Au sein de l'étude No Burnout Poitiers, notre travail de thèse est d'évaluer le niveau d'épuisement professionnel grâce à l'échelle MBI et d'en étudier la stabilité temporelle intra-personnelle chez les étudiants qui composent l'échantillon de répondants de 0 à 4 mois.

Il en va de soit que les facteurs pouvant influencer le niveau d'épuisement professionnel seront présentés en toute objectivité, obtenus à l'aide d'un questionnaire sociodémographique élaboré par notre équipe de recherche basé sur les facteurs déjà identifiés dans la littérature.

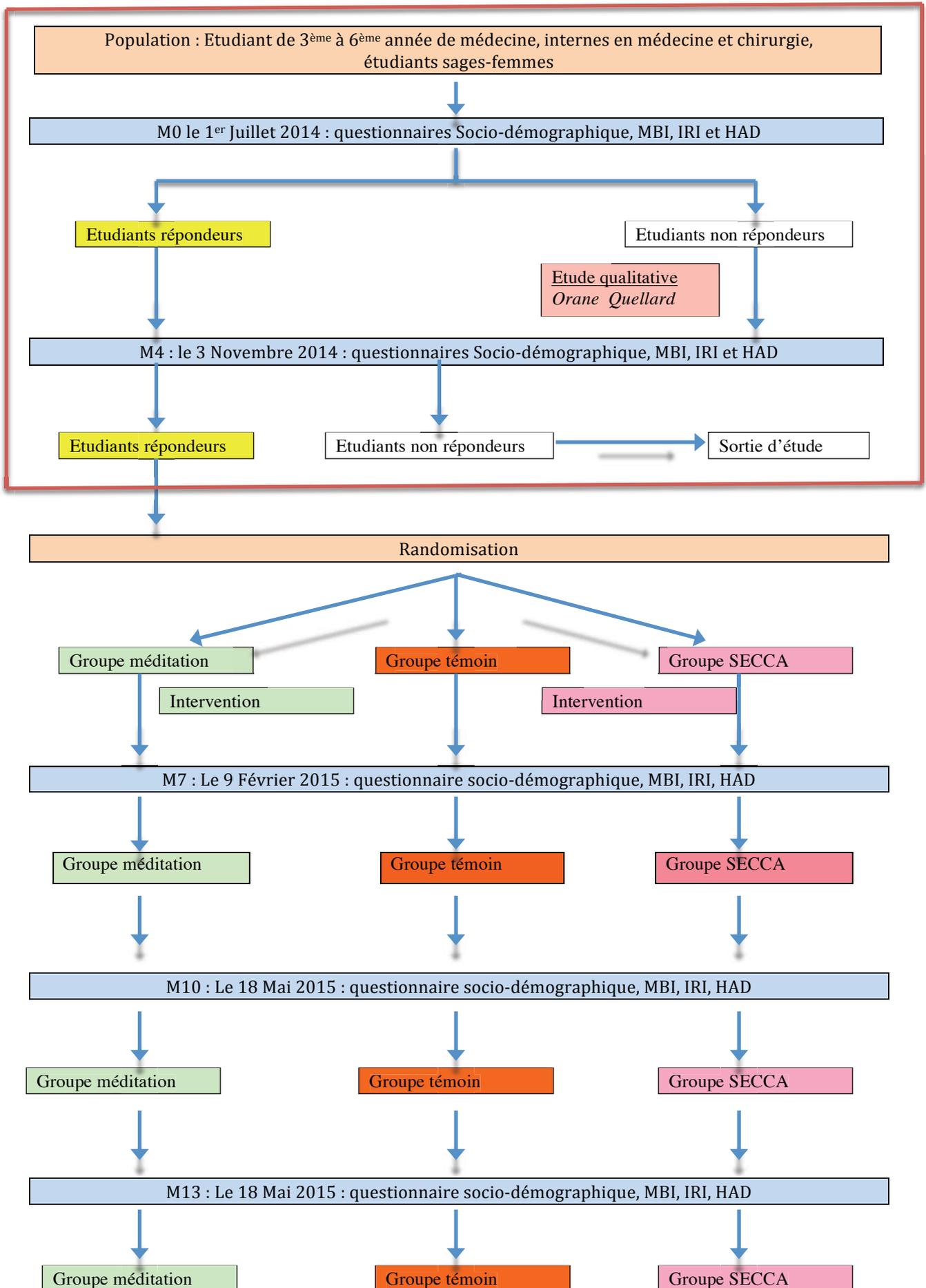
Mes objectifs secondaires seront d'étudier le niveau de SEP et la stabilité inter-personnelle de l'échelle MBI année par année sur l'ensemble des répondants de M4 tout en vérifiant si l'échantillon recueilli est comparable aux populations étudiées dans la littérature confirmant ainsi la fiabilité de nos résultats.

De plus, l'une de nos co-internes, Sara Guyonnet, a pu obtenir des résultats intéressants sur l'étude de corrélation entre le SEP, l'empathie et les troubles anxio-dépressifs au premier recueil à mois 0, ouvrant ainsi la voie à de nouvelles pistes de travail dans la prévention et la prise en charge du SEP. En effet Dr Guyonnet met l'accent sur la corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la détresse personnelle ainsi qu'avec les troubles anxio-dépressifs ; la corrélation négative entre la dépersonnalisation et le souci empathique ; la corrélation inverse entre l'accomplissement personnel et la détresse personnelle,

ainsi qu'avec le score de dépression ; corrélation positive entre la détresse personnelle et l'anxiété. C'est ainsi que je me propose en parallèle à notre analyse de stabilité du MBI, d'étudier l'empathie avec Echelle de Davis dit « IRI », les troubles anxio-dépressifs avec échelle Hospital Anxiety and Depression Scale dit « HAD », et leurs corrélations respectives sur l'ensemble des répondants de M4.

La méthodologie fut discutée, travaillée et élaborée au sein de notre groupe de travail pendant de plusieurs mois lors de réunions, regroupant internes, médecins, statisticiens, et informaticiens en collaboration avec l'équipe de recherche de l'URC de Psychiatrie à vocation régionale du centre hospitalier Henri Laborit.

Voici le schéma de l'étude No Burnout Poitiers :



2 Méthodologie

2.1 Objectifs et critères d'évaluation

L'objectif principal de cette étude est d'étudier la stabilité temporelle intra-personnelle du niveau d'épuisement professionnel par échelle Malach Burnout Inventory « MBI » (annexe 1) chez les étudiants en médecine et maïeutique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers en médecine de 0 à 4 mois.

Critère d'évaluation principal : Coefficient de stabilité des composantes du MBI.

Hypothèse initiale : Composantes du MBI stable de 0 à 4 mois

L'objectif secondaire de l'étude :

- Etude de stabilité de l'échelle MBI année par année sur l'ensemble des répondeurs de M4.
- Evaluer le niveau d'empathie par échelle de Davis dit « IRI » (annexe 2) sur l'ensemble des étudiants répondeurs M4.
- Evaluer le niveau de dépression par échelle Hospital Anxiety and Depression Scale dit « HAD » de l'ensemble des étudiants répondeurs M4.
- Etude de corrélation entre empathie et épuisement professionnel, épuisement professionnel et dépression, empathie et dépression à M4.

2.2 Population étudiée

2.2.1 Population cible

La population ciblée est l'ensemble des étudiants en médecine et en Maïeutique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

2.2.2 Critère d'inclusion et de non inclusion

Critère d'inclusion :

Les étudiants en médecine et en Maïeutique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers ayant un contact directement avec les patients, un accès à la plateforme ENT (environnement numérique de travail) et répondant à l'ensemble des questionnaires.

Nous avons décidé, au cours de réunions travaux au sein de l'unité INSERM du Professeur N. JAAFARI, de ne pas inclure dans l'étude No Burnout :

- les étudiants en médecine de 1^{er} et 2^{ème} année ne présentant pas de contact régulier et direct avec les patients,
- les étudiants infirmiers, n'ayant pas le droit de prescription ni accès à l'environnement numérique de travail,
- les étudiants en pharmacie ayant une responsabilité médicale différée de celui des médecins et n'ayant pas non plus le droit de prescription.

Critère de non inclusion :

Etudiant non répondeur à l'ensemble des questionnaires.

Etudiants éligibles :

Etudiants en médecine

3 ^{ème} année	217
4 ^{ème} année	208
5 ^{ème} année	237
6 ^{ème} année	192
Internes en médecine générale	380
Internes de spécialité	480
Total	1714

Etudiants sages-femmes

1 ^{ère} année	25
2 ^{ème} année	25
3 ^{ème} année	25
4 ^{ème} année	25
Total	100

Au total 1814 étudiants éligibles de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

2.2.3 Modalité de recrutement

Les étudiants ont été informés de l'étude et de la date de recrutement par mails, courriers papiers « flyers » distribués par les étudiants de l'équipe No Burnout ainsi que par l'association « CREM » (comité régional des étudiants en médecine), affiches disposées à la faculté de médecine, à la bibliothèque universitaire, dans les bureaux des externes/internes des différents services du CHU de Poitiers, ainsi que dans l'ensemble des hôpitaux périphériques de la région et de leurs internats respectifs. Des rappels ont été mis en évidence sur les pages

facebook des différentes promotions ainsi que sur les sites internet des associations très impliquées dans le combat contre l'épuisement professionnel de leurs étudiants:

- le syndicat des internes en médecine de Poitiers « SIAIMP »
- Le Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale « CRP-IMG »

L'université de Poitiers met à disposition de ses étudiants et du personnel, un Environnement Numérique de Travail « ENT », permettant d'avoir un accès en ligne, via un point d'entrée sécurisé, à un bouquet de services numériques personnalisés. Ainsi les étudiants en médecine, pharmacie et les étudiants sages-femmes ont accès via ENT à toutes les informations transmises par la faculté : emploi du temps, cours, examens et chacun bénéficie d'une messagerie professionnelle.

I-medias est le service commun informatique et multimédia de l'Université de Poitiers, réunissant les équipes spécialisées en informatique, audiovisuel et multimédia de l'établissement. Avec la collaboration de Jacques Pignon et de son équipe, nous avons intégré l'ensemble de nos questionnaires sur la plateforme ENT et permis leurs utilisations. Grâce au travail de l'équipe de I-medias, les étudiants ont été contactés par mails sur leurs boîtes professionnelles les dirigeant directement sur les questionnaires mis en ligne sur l'ENT. Il est à noter que certains des étudiants comme ceux de spécialités chirurgicales et autres spécialités médicales ne se connectent que rarement sur la plateforme, raison pour laquelle les mails ont été aussi envoyés sur leurs boîtes mails personnelles grâce aux relais indispensables des associations d'étudiants.

Afin de faciliter l'accès à l'ENT, des tutoriels de connexion ont été créés par les internes de notre groupe de travail et joints aux mails de recrutement. Un premier tutoriel a permis d'expliquer comment récupérer son mot de passe ou/et son identifiant ENT ; et un deuxième comment recevoir ses mails ENT sur son adresse mail personnelle. Pour une meilleure information et afin d'impliquer au mieux les étudiants dans notre projet, nous avons créé un site internet : No Burnout, ainsi qu'un groupe facebook et un compte twitter.

Le mail de lancement ainsi que les mails de relance ont été élaborés au sein du groupe de travail de l'étude No Burnout. Ils comprenaient en plus d'un lien direct redirigeant les utilisateurs vers les questionnaires, hébergés sur l'ENT, des liens vers le site internet, la page facebook et le compte twitter de l'étude No Burnout.

2.3 Description méthodologique de la recherche

2.3.1 Type d'étude

- Epidémiologique-descriptive : l'étude évalue la stabilité du MBI chez les étudiants.
- Observationnelle : Observation d'une tendance, aucune intervention n'est réalisée sur les 4 premiers mois.

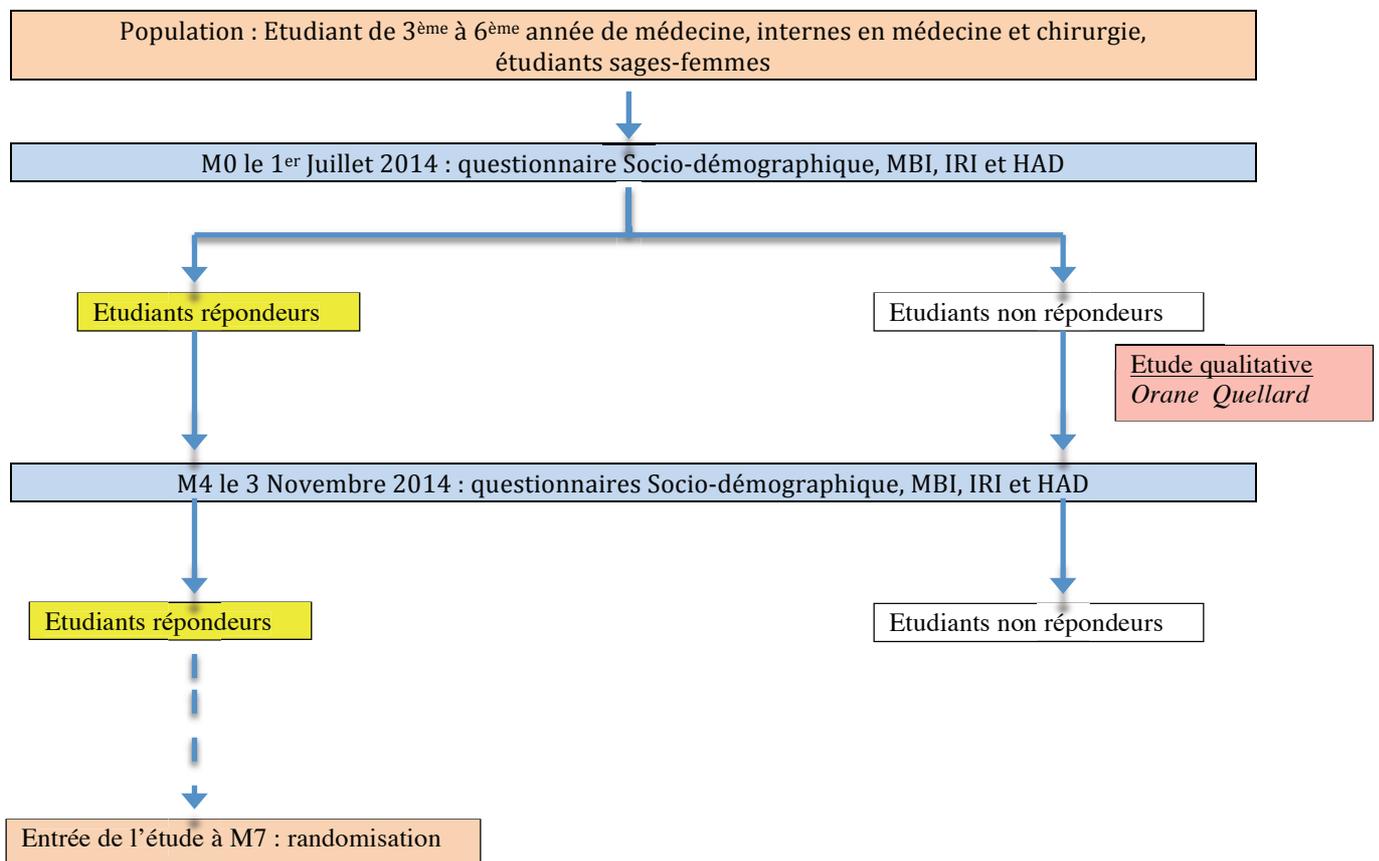
- Prospective : Le suivi se fait postérieurement à l'enregistrement des données.
- Suivi de cohorte : Groupe d'étudiant suivi sur 4 mois de manière prospective ayant en commun d'être en faculté de médecine.
- Monocentrique : Faculté de médecine et pharmacie de Poitiers.

2.3.2 Lieu et durée d'étude

- Faculté de médecine et pharmacie de Poitiers en Poitou-Charentes.
- Durée du travail de thèse prévu sur 4 mois : Questionnaires mis à disposition Le 1^{er} Juillet 2014 correspondant à M0 puis mis le 3 Novembre 2014 correspondant à M4 avec 5 semaines de recueil systématique, fermeture des questionnaires le 7 décembre 2014)

Notre travail s'inscrit dans le cadre de l'étude globale No Burnout Poitiers d'une durée estimée à 1 an et 3 mois, se terminant le 5 octobre 2015.

2.3.3 Schéma d'étude



Début de l'étude à M0 le 1^{er} Juillet 2014

Au 1^{er} Juillet 2014 : ouverture des questionnaires et début de l'envoi des mails.

Les étudiants ont reçu 2 mails de relance par semaines sur 3 semaines, avec un dernier mail envoyé le 21 Juillet 2014.

Au 23 Juillet 2014 : fermeture des questionnaires

Nouvelle cession à M4 le 2 Novembre 2014

Au 2 Novembre : ouverture des questionnaires et début de l'envoi des mails à l'ensemble des étudiants de la faculté.

Les étudiants ont reçu 2 mails de relance par semaines sur 5 semaines, avec un dernier mail envoyé le 5 Décembre 2014.

Au 7 Décembre 2014 : fermeture des questionnaires

Afin d'étudier la stabilité du score MBI des étudiants en médecine, mon travail et mes résultats ne portent que sur le suivi des étudiants répondants à la fois à M0 et à M4. (Suivi de cohorte)

Il est précisé que la cession de M4 est une relance de l'ensemble des étudiants permettant l'ultime recrutement de la population étudiant dans l'étude global No Burnout Poitiers.

Afin de recruter un maximum d'étudiants pour l'étude No Burnout, à M4, une de nos co-internes Orane Quellard, a réalisé une enquête qualitative transversale par entretiens individuels sur des étudiants concernant leur absence de réponse lors du premier envoi des questionnaires à M0. Son travail nous a permis de modifier nos moyens de promotion de l'étude et les modalités de recrutement de nos étudiants.

Ce qui a été modifié pour la cession M4 :

- présentation à la commission Administrative de la Faculté de Poitiers pour impliquer les professeurs dans notre démarche et les convaincre de faire des rappels auprès de leurs étudiants.
- Présentation de l'étude, des premiers résultats ainsi qu'une vidéo tutoriel « comment répondre aux questionnaires » à chaque promotion.
- Ajout de deux semaines au recrutement et temps de réponse aux questionnaires
- Article dans le journal hebdomadaire 7 à Poitiers
- Publication d'un article dans le journal le Petit Gallien.

2.4 Instruments d'évaluation

2.4.1 Maslach Burn-out Inventory (MBI) annexe 1

Le Maslach burn-out Inventory dit « MBI » est l'instrument d'évaluation principal du syndrome d'épuisement professionnel. Il est une référence dans la littérature mondiale. Il fut élaboré par Christina Maslach en 1981 (12) et retravaillé en 1986 (13).

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation regroupant 22 items, chacun coté de 0 à 6 (jamais à chaque jour)

Il comporte 3 composantes ou dimensions :

- l'épuisement émotionnel (EE) : 9 items: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18
- la dépersonnalisation (DP) : 5 items: 5, 10, 11, 15, 22
- l'accomplissement personnel (AP) : 8 items: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Pour chaque dimension est calculé un score "bas", "modéré" et "élevé"

Score	Epuisement professionnel	dépersonnalisation	Accomplissement personnel
élevé	≥ 30	≥ 12	≤ 34
modéré	29 - 18	11 - 6	39 - 34
bas	≤ 17	≤ 5	≥ 40

Degré de sévérité du burnout : Un SEP élevé est défini par un score élevé dans 2 dimensions EE, DP et un score bas pour la dimension AP. Le SEP est de degré moyen si 2 des composantes ont un score pathologique. Il est dit faible si une seule composante a un score pathologique.

La fidélité test-retest pour la version originale du MBI est satisfaisante. Pour un intervalle de 2 à 4 semaines: coefficient de stabilité de 0,82 pour la dimension épuisement émotionnel ; 0,60 pour la dimension déshumanisation et 0,80 pour la dimension accomplissement personnel. Pour un intervalle d'un an: coefficient de stabilité de 0,80 pour la dimension épuisement émotionnel ; 0,54 pour la dimension déshumanisation ; 0,57 pour la dimension accomplissement personnel (87).

Validation de l'échelle MBI en traduction Française (88).

2.4.2 Index réactivité Interpersonnelle (IRI) annexe 2

Conçue par le psychologue Américain Mark Davis en 1980, il décrit l'échelle IRI « Interpersonal Reactivity Index » et ses relations avec les mesures du fonctionnement social, l'estime de soi, l'émotivité et la sensibilité à d'autres. Il fournit la preuve d'une approche multidimensionnelle de l'empathie (89).

L'échelle IRI travaille sur la part cognitive et émotionnel de l'empathie. Elle comprend 28 items, autoévaluation, séparés en 4 sous-échelles : « Perspective Taking » et « Fantasy » composant l'empathie cognitive et « Empathic Concern » et « Personal Distress » composant l'empathie émotionnelle.

- La première sous-échelle intitulée adaptation contextuelle « Perspective Taking » mesure la tendance à adopter le point de vue des autres.
- La seconde sous-échelle intitulée souci empathique « d'empathie concern » mesure la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour les autres.
- La troisième sous-échelle intitulée détresse personnelle « Personal distress » évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort face aux autres eux même en détresse.
- La quatrième sous-échelle intitulée fantaisie « fantasy » mesure la tendance à se projeter à l'intérieur des sentiments et des actions de personnages fictifs de livres, de films et de pièces de théâtre.

Interprétation : Chaque item est coté de A (ne me décrit pas vraiment) à E (me décrit très bien) avec un nombre de point leur correspondant.

L'empathie cognitive est obtenue par l'addition des moyennes des scores de PT et FS (PT : perspective taking, FS : Fantasy scale) pouvant aller de 0 à 28.

L'empathie émotionnelle est obtenue par l'addition des moyennes des scores de EC et PD (EC : empathic concern, personal distress) pouvant aller de 0 à 28.

Echelle traduite et validé en Français (90).

2.4.3 Hospital Anxiety and Depression Scale dit (HAD) annexe 3

L'Hospital Anxiety and Depression Scale fut élaboré par Zigmond et Snaith en 1983 (91). En 1997 Herrmann, dans sa revue de littérature, 17 études relatives à la version anglaise de la HADS, mentionnent des valeurs pour la sensibilité et la spécificité supérieures à 0.80 (92).

La version française validée est celle de Lépine et al (93, 94).

Cette échelle identifie la symptomatologie anxio-dépressive et vise à en évaluer la sévérité. Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou d'états anxieux.

Il s'agit d'un auto-questionnaire. 14 items cotés de 0 à 3. 7 questions se rapportent à l'anxiété et 7 autres à la dimension dépressive, (note maximale de chaque score = 21).

Interprétation : 7 ou moins : absence de symptomatologie
 8 à 10 : symptomatologie douteuse
 11 et plus : symptomatologie certaine.

2.4.4 Questionnaire socio-démographique annexe 4

Dans leur rapport au travail et aux patients, les médecins et les étudiants, présentent un syndrome d'épuisement professionnel mesurable. Grâce à de nombreux travaux, des facteurs d'influence ainsi que des conséquences ont pu être identifiés et parfois mesurés avec précision. Ces données ont été présentées dans les chapitres ci-dessus afin de justifier le choix fait par notre équipe de travail dans l'élaboration du questionnaire socio-démographique.

2.5 Bibliographie, données recueillies et analyses statistiques

2.5.1 Bibliographie

Les recherches bibliographiques furent effectuées à l'aide de moteurs de recherche reconnus :

- Science Direct
- Pubmed
- Sudoc (système universitaire de documentation) : catalogue collectif Français des bibliothèques et centre de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche,
- Catalogue du SCD de Poitiers : recense tous les documents constituant les collections des bibliothèques de l'Université de Poitiers,
- Google scholar
- Site officiel du conseil de l'ordre des médecins, de la CARMF, INRS.

Rédaction de bibliographie réalisée sous logiciel ZOTERO. Ces recherches ont notamment fait l'objet d'échange et de discussion au sein du groupe de travail.

2.5.2 Données recueillies

Jacques Pignon et son équipe I-média ont retranscrits les recueils de données sous format Excel et ont ainsi permis aux statisticiens leurs interprétations. Il fut attribué à chaque étudiant un numéro d'identification permettant de suivre leur évolution dans l'étude tout en maintenant le respect de l'anonymat.

2.5.3 Analyses statistiques

Les données ont été analysées à la fin de l'étude une fois l'ensemble des données recueillies, validées et la base de données gelée.

L'ensemble des analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute, Cary, NC USA) selon le plan d'analyse ci-dessous.

- **Analyse descriptive :**

Les caractéristiques démographiques et cliniques recueillies à l'inclusion ont été résumées pour l'ensemble des sujets répondants. Les variables quantitatives ont été résumées par les paramètres classiques de la statistique descriptive : moyenne et écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité.

Ce type d'analyse a également réalisé selon le même principe pour les données recueillies à M4.

En préalable aux différents tests statistiques, une analyse des distributions a été conduite sur l'ensemble des variables quantitatives utilisées comme critères afin d'identifier leur niveau d'adéquation à une loi normale. La distribution normale des variables a été vérifiée simultanément à l'aide d'une représentation graphique des Q-Q Plot et d'un test de Komogorov-Smirnov.

La comparabilité initiale des données selon le sexe a été réalisée respectivement à l'aide d'un test t de Student. Pour les comparaisons inter groupes des variables qualitatives, un test du Chi² (ou le test de Fisher en cas d'effectif attendu inférieur à 5) a été utilisé.

- **Analyse du critère de jugement principal :**

Afin de tester la stabilité de l'échelle MBI dans le temps, la concordance des réponses données a été évaluée à l'aide du coefficient de corrélation intra-classes (CCI). La reproductibilité a ainsi été évaluée pour le score global de l'échelle MBI, puis pour chaque dimension de l'échelle.

Le coefficient CCI est jugé :

- Faible en dessous de 0,5
- Modéré entre 0,5 et 0,75
- Fort au-dessus de 0,75

- **Analyse des critères de jugement secondaires :**

Les corrélations entre deux variables quantitatives ont été étudiées à l'aide test du coefficient de corrélation de Pearson. Afin de quantifier l'intensité du lien, le coefficient de corrélation a été calculé pour chaque couple de variables. Il a été jugé (en terme de valeur absolue) :

- Faible en dessous de 0,5
- Modéré entre 0,5 et 0,7
- Fort au-dessus de 0,7

- **Risque de première espèce :**

Le risque de première espèce (α) est fixé à 5% en situation bilatérale pour l'ensemble de l'étude.

2.5.4 Considérations éthiques

Le sujet d'étude No Burnout Poitiers ainsi que son protocole furent présentés au comité éthique de l'unité de recherche clinique en Psychiatrie du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers le 28 mai 2014.

Avant de remplir les questionnaires sur la plateforme ENT, les étudiants ont validé un questionnaire d'informations et de consentements.

3 Résultats

3.1 Echantillon M0-M4

3.1.1 Caractéristique sociodémographique

Sur 1814 étudiants concernés par l'étude et contactés le 1^{er} Juillet 2014 (M0):

- 303 étudiants ont répondu à M0 soit 16,7%
- 463 étudiants ont répondu à M4 soit 25,5%

Les répondeurs à la fois à M0 et à M4, appelé « échantillon M0-M4 » : 148 données sont exploitables soit 8,15%. Un âge moyen de 25,4 ans.

Les pourcentages présentés dans les tableaux 1.1 et 2.1, relevant les caractéristiques sociodémographiques, prennent en compte l'ensemble des données recueillies et ne tiennent pas compte des données manquantes. Dans un souci de transparence ces dernières furent précisées pour chaque variable étudiée.

Tableau 1.1 : Caractéristiques sociodémographiques des répondeurs M0-M4 :

Caractéristique sociodémographique M0-M4	n effectif	%
Affectation:		
Etudiants externes	52	35,5
Etudiants internes en médecine générale	53	35,8
Etudiants internes de spécialité	28	18,9
Etudiants sages-femmes	15	10,1
Année des sages-femmes :		
1 ^{ère} année d'ESF	5	3,4
2 ^{ème} année d'ESF	6	4
3 ^{ème} année d'ESF	8	5,4
4 ^{ème} année d'ESF	3	2
Année des étudiants en médecine :		
DFGSM3 soit la 3 ^{ème} année	6	4
DFASM1 soit la 4 ^{ème} année	37	25
DCEM3 soit la 5 ^{ème} année	11	7,4
DCEM4 soit la 6 ^{ème} année	14	9,5
1 ^{er} année d'internat	30	20,2
2 ^{ème} année d'internat	20	13,5
3 ^{ème} année d'internat	7	4,7
4 ^{ème} année d'internat	1	0,7
Sexe		
Homme	31	21,83
Femme	110	78,17
DM	6	4

Statut matrimonial			
	Célibataire	91	61,5
	Marié(e)/pacsé(e)	16	10,8
	Union libre	41	27,7
	DM	0	0
Nombre d'enfant			
	0	143	96,6
	1	5	3,4
	DM	0	0
Se sentir menacé(e) par le syndrome d'épuisement professionnel :			
	Moins d'une fois par semaine	14	10,1
	Pas du tout	39	28,3
	Plusieurs fois par semaine	17	12,3
	Quelques jours par mois	68	49,3
	DM	10	6,7
La qualité du sommeil :			
	Bonne	60	42,6
	Mauvaise	14	9,9
	Moyenne	67	47,5
	DM	7	4,7
Avec qui parler du stress ressenti :			
	Avec les internes	19	13,8
	Avec les médecins	2	2,2
	Avec les proches	99	71,8
	Pas du tout	17	12,3
	DM	0	0
Pensées suicidaires au cours de l'année dernière :			
		25	17,9
	DM	8	5,4
Prise en charge psychiatrique/psychologique actuelle :			
		15	11,1
	DM	13	8,8
Prise d'anxiolytique, hypnotique au cours de ces 3 derniers mois :			
		18	13,4
	DM	14	9,5
Nombre de cigarettes par jour :			
	De 10 à 20	4	2,9
	De 5 à 10	4	2,9
	< 5	6	4,5
	Ne fume pas	120	89,5
	DM	14	9,5
Prise d'alcool quotidienne :			
		3	2,2
	DM	12	8,1
Nombre d'absence au travail ces 3 derniers mois pour raison de santé :			
	> 7 jours	3	2,1
	De 3 à 7 jours	1	0,7
	< 3 jours	12	8,6
	Aucune	124	88,5
	DM	8	5,4
Envisager d'arrêter la formation :			
		50	35,2
	DM	6	4
Délai d'arrêt de formation :			
	Le jour même	8	6,1
	Dans un mois	5	3,8
	Dans un an	10	7,6
	Sans réponse	108	82,4
	DM	17	11,5
Ne referait pas les mêmes études :			
		42	29,6

	DM	6	4
En période d'examen ou d'évaluation :			
	DM	12	8,6
	DM	8	5,4
Orientation professionnelle :			
	CHU	15	10,7
	Autre activité hospitalière	15	10,7
	Libérale	72	51,4
	Ne sais pas	38	27,1
	DM	8	5,4
Lieu de votre stage actuel :			
	CHU	75	56,8
	Hôpital périphérique	28	21,2
	Libérale	29	22
	DM	16	10,8
Charge de travail hebdomadaire :			
	< 15 h	6	4,5
	De 15 à 20 h	11	8,3
	De 20 à 30 h	37	27,8
	De 30 à 50 h	59	44,4
	De 50 à 60 h	14	10,5
	> 60 h	6	4,5
	DM	15	10,1
Nombre de garde par mois :			
	0	38	28,6
	De 1 à 2	57	42,9
	De 3 à 4	18	13,5
	De 5 à 6	7	5,3
	> 6	13	9,8
	DM	15	10,1
Nombre de journées libres par semaine :			
	0	5	3,7
	1	34	25,4
	2	69	51,4
	3	17	12,7
	4	6	4,5
	5	1	0,7
	6	1	0,7
	7	1	0,7
	DM	14	9,5
Suffisamment de temps à consacrer aux loisirs :			
	DM	55	39,9
	DM	8	5,4
Suffisamment de temps à consacrer aux travail personnel :			
	DM	80	57,5
	DM	9	6,1
Nombre de semaines de vacances les 3 derniers mois :			
	0	32	22,9
	1	52	37,1
	2	37	26,4
	3	6	4,3
	> 3	13	9,3
	DM	8	5,4
Victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales :			
	DM	37	26,4
	DM	8	5,4
Déprécié ou humilié au cours de la formation :			
	DM	73	51,8
	DM	14	9,5
S'être fait crié dessus :			
	DM	56	40
	DM	8	5,4

Victime d'un harcèlement sexuel :		0	0
	DM	7	4,7
Subir une violence physique :		0	0
	DM	8	5,4
Avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle :		59	42,4
	DM	9	6,1
Crainte des erreurs médicales :			
	Fréquente	60	42,9
	Peu fréquente	66	47,1
	Non	14	10
	DM	8	5,4
Facilité de recours aux seniors :		107	77
	DM	9	6,1
Travail n'étant pas reconnu à sa juste valeur :		70	50,7
	DM	10	6,8
Prise en charge fréquente des patientes en fin de vie, soin palliatif et annonce de diagnostics graves :			
	DM	33	23,6
		8	5,4
Importance des obligations administratives en lien avec la prise en charge des patients :			
	Importante	50	35,7
	Moyenne	60	42,9
	Peu importante	30	21,4
	DM	8	5,4

DM : Données manquantes

Tableau 1.2 : Analyse sociodémographique en fonction de sexe :

Caractéristiques	Homme n effectif (%)	Femme n effectif (%)	P Valeur
Statut matrimonial			0.3966
	Célibataire	20 (64,5)	67 (60,4)
	Marié(e)/pacsé(e)	5 (16,1)	11 (9,9)
	Union libre	6 (19,3)	33 (29,7)
	DM 6 (4)		
Nombre d'enfant			1.0000
	0	30 (96,8)	107 (96,4)
	1	1 (3,2)	4 (3,6)
	DM 6 (4)		
Se sentir menacé(e) par le syndrome d'épuisement professionnel :			0.9105
	Moins d'une fois par semaine	3 (10)	10 (9,8)
	Pas du tout	10 (33,3)	29 (28,4)
	Plusieurs fois par semaine	4 (13,3)	12 (11,8)
	Quelques jours par mois	13 (43,3)	50 (51,5)
	DM 16 (10,8)		
La qualité du sommeil :			0.1425
	Bonne	11 (36,7)	47 (44,8)
	Mauvaise	6 (20)	8 (7,6)
	Moyenne	13 (43,3)	50 (47,6)
	DM 13 (8,8)		

Avec qui parler du stress ressenti :			0,2665
Avec les internes	4 (13,3)	15 (14,7)	
Avec les médecins	0 (0)	3 (2,9)	
Avec les proches	19 (63,3)	74 (72,6)	
Pas du tout	7 (23,3)	10 (9,8)	
DM 16 (10,8)			
Pensées suicidaires au cours de l'année dernière :			0.3091
	7 (23,3)	16 (15,4)	
DM 14 (9,5)			
Prise en charge psychiatrique/psychologique actuelle :	0 (0)	14 (14)	0.0389
DM 18 (12,2)			
Prise d'anxiolytique, hypnotique au cours de ces 3 derniers mois :			0.7607
	3 (10)	14 (14,1)	
DM 19 (12,8)			
Nombre de cigarettes par jour :			0.1700
De 10 à 20	2 (6,7)	1 (1)	
De 5 à 10	1 (3,3)	3 (3)	
< 5	2 (6,7)	3 (3,)	
Ne fume pas	25 (83,3)	92 (92,9)	
DM 19 (12,8)			
Prise d'alcool quotidienne :	1 (3,3)	2 (2)	0.5449
DM 17 (11,5)			
Nombre d'absence au travail ces 3 derniers mois pour raison de santé :			0.4227
> 7 jours	1 (3,3)	2 (1,9)	
De 3 à 7 jours	0 (0)	0 (0)	
< 3 jours	1 (3,3)	9 (8,6)	
Aucune	28 (93,3)	93 (89,4)	
DM 14 (9,5)			
Envisager d'arrêter la formation :	10 (33,3)	38 (35,8)	0.7991
DM 12 (8,1)			
Délai d'arrêt de formation :			0.1582
Le jour même	1 (3,8)	6 (6,1)	
Dans le mois	2 (7,7)	2 (2)	
Dans un an	0 (0)	10 (10,1)	
Sans réponse	23 (88,5)	81 (81,8)	
DM 23 (15,5)			
Ne referait pas les mêmes études :	4 (13,3)	36 (33,9)	0.0286
DM 12 (8,1)			
En période d'examen ou d'évaluation :	5 (16,8)	7 (6,7)	0.1394
DM 14 (9,5)			
Orientation professionnelle :			0.6678
CHU	15 (10,7)	11 (10,6)	
Autre activité hospitalière	2 (6,7)	13 (12,5)	
Libérale	18 (60)	52 (50)	
Ne sais pas	6 (20)	28 (26,9)	
DM 14 (9,5)			
Lieu de votre stage actuel :			0.6062
CHU	19 (63,3)	51 (53,1)	
Hôpital périphérique	5 (16,7)	22 (22,9)	
Libérale	6 (20)	23 (24)	
DM 22 (14,9)			
Charge de travail hebdomadaire :			0.1575
< 15 h	1 (3,3)	5 (5,1)	
De 15 à 20 h	3 (1%)	7 (7,2)	
De 20 à 30 h	12 (40)	24 (24,7)	
De 30 à 50 h	10 (33,3)	45 (46,4)	
De 50 à 60 h	3 (3,3)	13 (13,4)	

	> 60 h	3 (10)	3 (3,1)	
	DM 21 (14,8)			
Nombre de garde par mois :				0.0599
	0	7 (23,3)	31 (31,9)	
	De 1 à 2	19 (63,3)	34 (35,1)	
	De 3 à 4	3 (10)	15 (15,5)	
	De 5 à 6	1 (3,3)	6 (6,2)	
	> 6	0 (0%)	6 (6,2)	
	DM 21 (14,2)			
Nombre de journée libre par semaine :				0.0869
	0	3 (10)	2 (2)	
	1	11 (36,7)	23 (23,5)	
	2	13 (43,3)	51 (52)	
	3	2 (6,7)	14 (14,3)	
	4	0 (0)	6 (6,1)	
	5	1 (3,3)	0 (0)	
	6	0 (0)	1 (1)	
	7	0 (0)	1 (1)	
	DM 20 (13,5)			
Suffisamment de temps à consacrer aux loisirs :				0.8789
		12 (40)	40 (38,5)	
	DM 14 (9,5)			
Suffisamment de temps à consacrer aux travail personnel :				0.6319
		16 (53,3)	60 (58,2)	
	DM 15 (10,1)			
Nombre de semaine de vacances les 3 derniers mois :				0.7784
	0	8 (26,7)	24 (23,1)	
	1	11 (36,7)	41 (39,4)	
	2	6 (20)	27 (25,9)	
	3	2 (6,7)	3 (2,9)	
	> 3	3 (10)	9 (8,6)	
	DM 14 (9,5)			
Victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales :				0.3643
		10 (33,3)	26 (25)	
	DM 14 (9,5)			
Déprécié ou humilié au cours de la formation :				0.0304
		21 (70)	50 (47,6)	
	DM 13 (8,8)			
S'être fait crié dessus :				0.0797
		16 (53,3)	37 (35,6)	
	DM 14 (9,5)			
Victime d'un harcèlement sexuel :				ns
		0 (0)	0 (0)	
	DM 13 (8,8)			
Subir une violence physique :				ns
		0 (0)	0 (0)	
	DM 14 (9,5)			
Avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle :				0.0184
		18 (60)	37 (35,9)	
	DM 15 (10,1)			
Crainte des erreurs médicales :				0.0716
	Fréquente	9 (30)	50 (48,1)	
	Peu fréquente	15 (50)	46 (44,2)	
	Non	6 (20)	8 (7,7)	
	DM 14 (9,5)			
Facilité de recours au senior :				0.4387
		25 (83,3)	79 (76,7)	
	DM 15 (10,1)			
Travail n'étant pas reconnu à sa juste valeur :				0.2494
		18 (60)	49 (48)	

DM 16 (10,8)

Prise en charge fréquente des patientes en fin de vie, soin palliatif et annonce de diagnostics graves : 0.9364
7 (23,3) 25 (24)

DM 14 (9,5)

Importance des obligations administratives en lien avec la prise en charge des patients : 0.2974

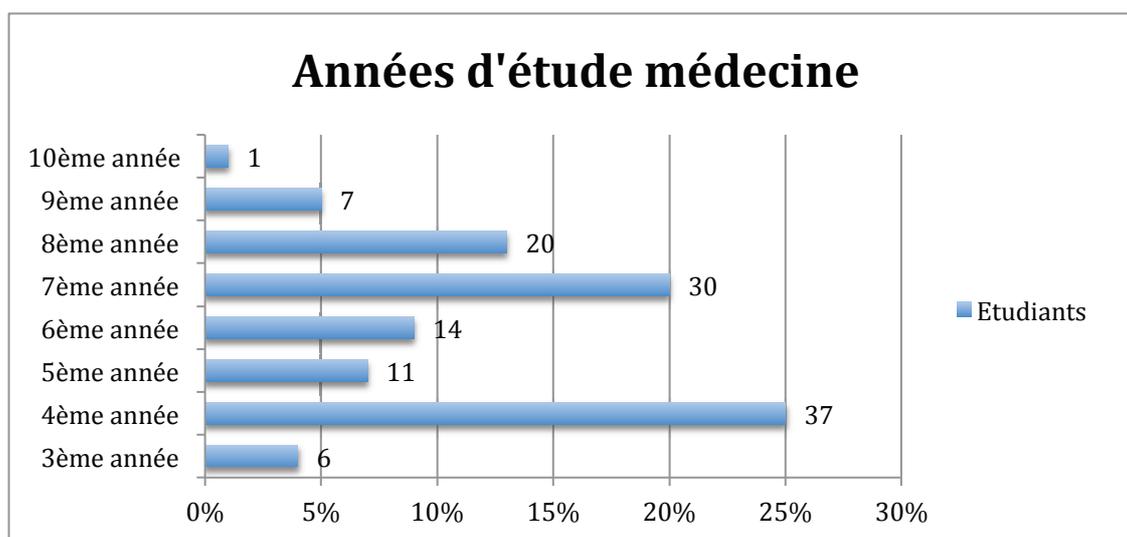
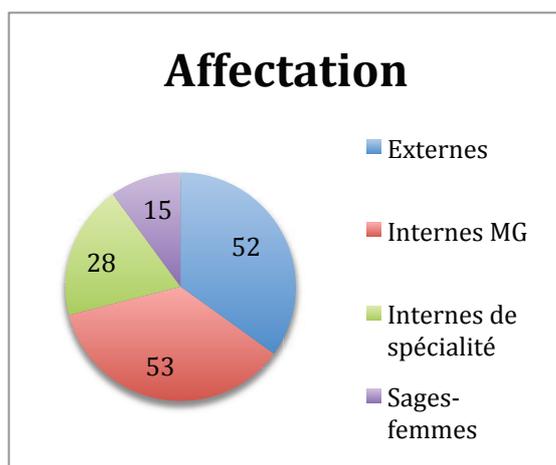
Importante 11 (36,7) 37 (35,6)
Moyenne 10 (33,3) 48 (46,1)
Peu importante 9 (30) 19 (18,3)

DM 14 (9,5)

DM : Données manquantes

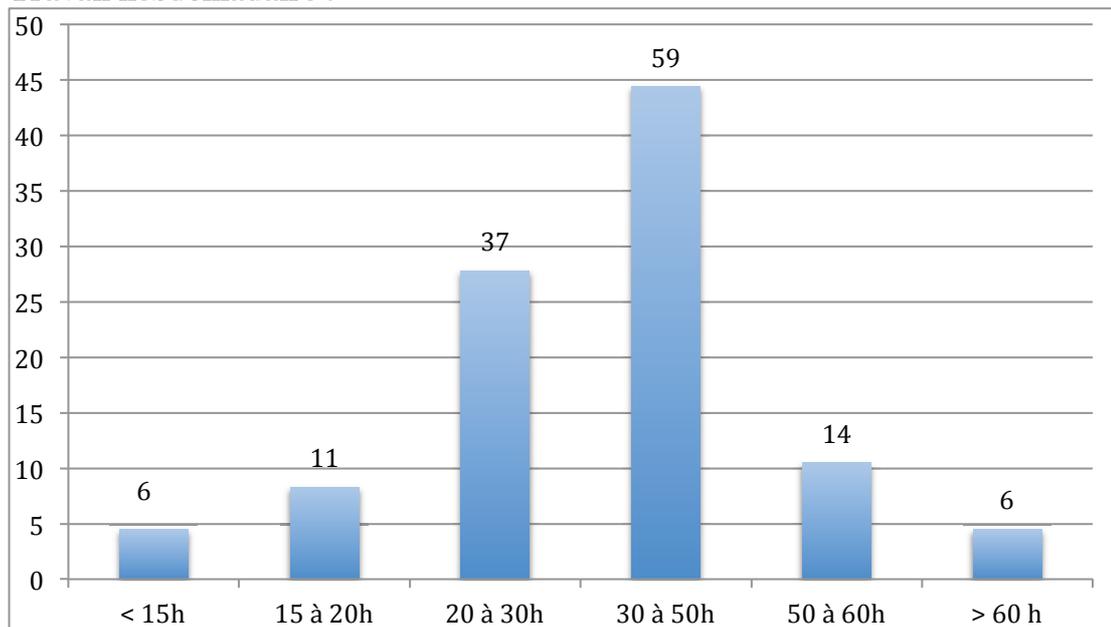
Au total :

- **Echantillon M0-M4 : 148 répondeurs soit 8,15% des étudiants en médecine et maïeutiques de Poitiers,**
- **Répartition :**



- **78% sont des femmes, avec un âge moyen de 25,4 ans,**
- **Vécu des études : 50 étudiants soit 35,2% envisageraient d'arrêter leur formation dont 8 le jour même (6,1%), 5 dans un mois (3,8%), 10 étudiants dans un an (7,6%). 42 étudiants soit 29,6% ne referaient pas les mêmes études (majoré chez les femmes avec 33% vs 13,3% chez les hommes, $p = 0,0286$), 60 étudiants soit 42,9% craignent fréquemment de faire des erreurs médicales, 80 étudiants soit plus de 50% n'estiment pas avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle (60% hommes les considèrent suffisantes vs 36% des femmes, $p = 0,0184$), plus de 70% des étudiants se sentent menacés par le SEP.**
- **Santé : 25 étudiants soit 18% ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année dernière, 15 soit 11% ont une prise en charge psychiatrique ou psychologique actuellement (14% chez les femmes vs 0% chez les hommes, $p = 0,0189$), 18 soit 13,4% ont pris des anxiolytiques ou hypnotiques au cours de ces 3 derniers mois et 14 étudiants soit 11,4% ont eu 3 jours ou plus d'absence au travail pour raison de santé ces 3 derniers mois. 8,6% étaient en période d'examen au cours du premier recueil,**
- **Travail : 75 étudiants soit 56,8% effectuent leurs stages en au CHU, 28 étudiants soit 21,1% en périphérie et 29 soit 22% en libérale.**

Travail hebdomadaire :



- **95 étudiants soit plus de 70% déclarent avoir 2 gardes ou moins par mois. 103 étudiants soit plus de 75% ont 1 à 2 journées libres par semaines**
- **55 étudiants soit 39,9% déclarent avoir suffisamment de temps à consacrer à leur loisir et 80 étudiants soit 57,5% suffisamment de temps pour le travail personnel,**
- **32 étudiants soit 22,9% n'ont pas pris de semaine de vacances ces 3 derniers mois,**

- **37 étudiants soit 26,4% déclarent être victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales, 73 soit 51,8% dépréciés ou humiliés lors de leur formation (70% chez les hommes vs 48% chez les femmes, $p = 0,0304$), 56 soit 40% se sont fait crier dessus, 70 soit 50,7% affirmant que leur travail n'était pas reconnu à sa juste valeur. Mais 107 étudiants soit 77% estiment avoir une facilité de recours au senior,**
- **33 étudiants soit 23,6% déclarent une prise en charge fréquente des patients en fin de vie, en soin palliatif et annonce de diagnostics graves,**
- **50 étudiants soit 35,7% affirment que les obligations administratives prennent une part importante de leur travail.**

3.1.2 Analyse du SEP

Epuisement émotionnel :

Le score moyen est de 18,55 +/- 9,8

- 23 étudiants soit 15,5% ont un score d'épuisement émotionnel élevé
- 44 étudiants soit 29,7% ont un score d'épuisement émotionnel modéré
- 61 étudiants soit 41,2% ont un score d'épuisement émotionnel bas

20 données manquantes

Dépersonnalisation :

Le score moyen est de 8,28 +/- 5,9

- 36 étudiants soit 24,3% ont un score de dépersonnalisation élevé
- 43 étudiants soit 29% ont un score de dépersonnalisation modéré
- 50 étudiants soit 33,8% ont un score de dépersonnalisation bas

19 données manquantes

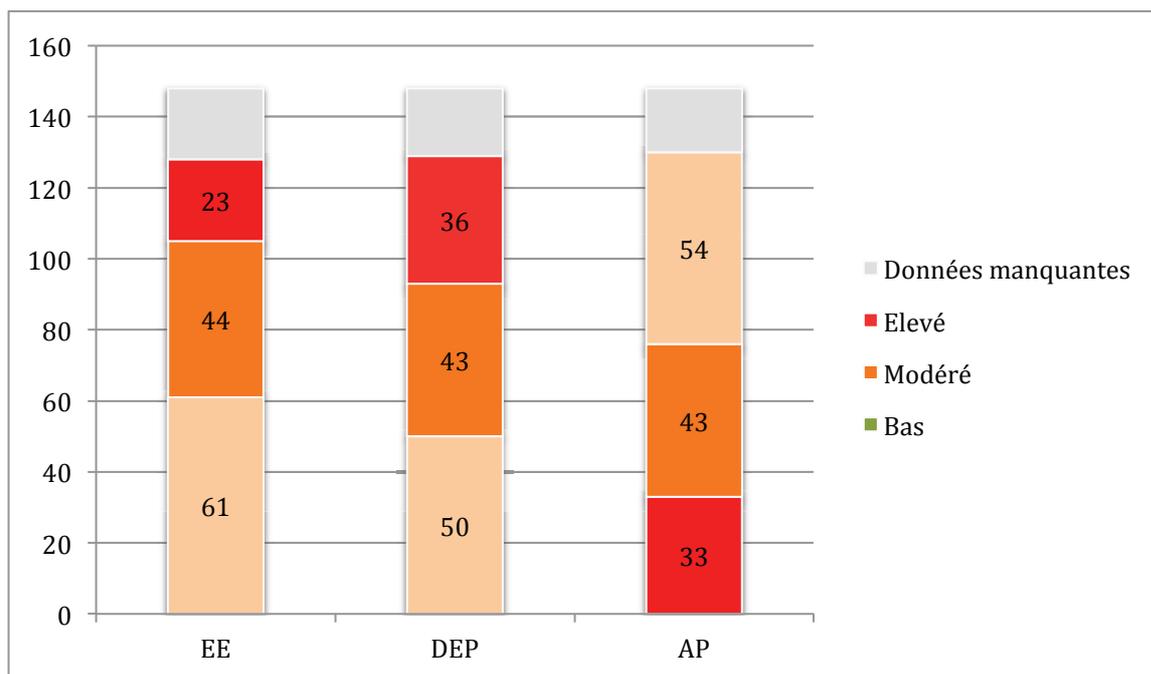
Accomplissement personnel :

Le score moyen est de 34,45 +/- 7,7

- 33 étudiants soit 22,3% ont un score d'accomplissement personnel bas
- 43 étudiants soit 29% ont un score d'accomplissement personnel modéré
- 54 étudiants soit 36,5% ont un score d'accomplissement personnel élevé

18 données manquantes

Graphique 1.1 : Résultats aux sous dimensions du MBI :



Degré du SEP :

1 étudiant soit 0,7 % ont un SEP élevé,
 12 étudiants soit 8,1% ont un SEP modéré,
 65 étudiants soit 43,9% ont un SEP bas,
 48 étudiants soit 32,4% n'ont pas de SEP.
 22 données manquantes soit 14,9%.

Graphique 1.2 : Degré du SEP :

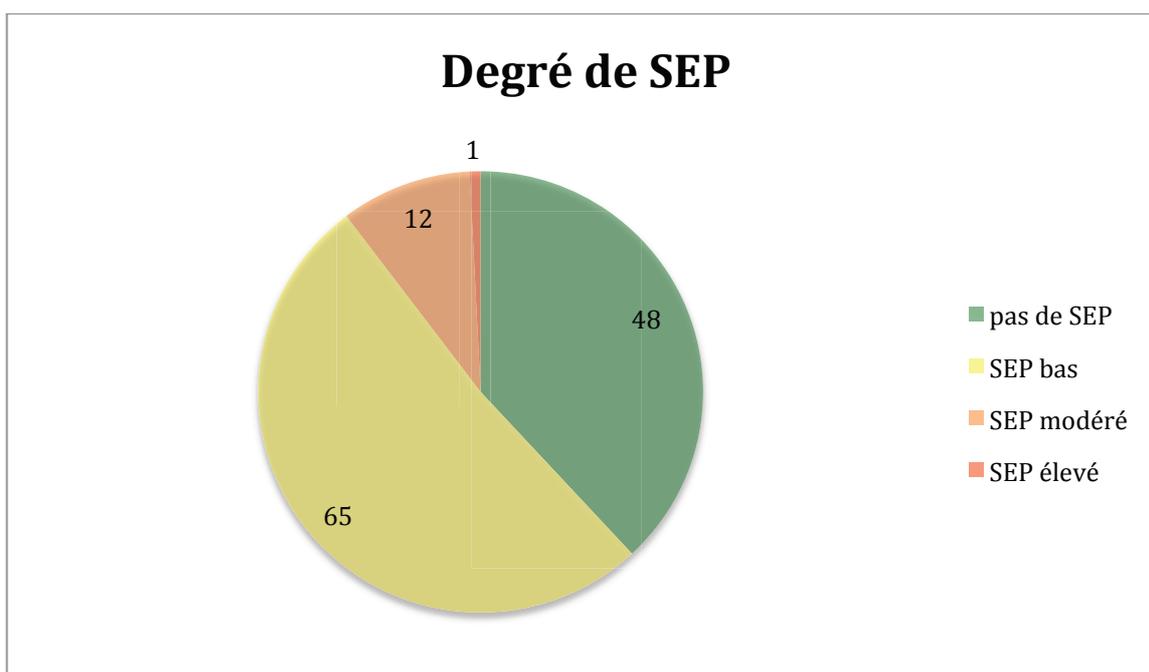


Tableau 1.3 : Analyse du SEP en fonction du sexe :

Moyenne (écart type)	Femme	Homme	P Valeur
Épuisement émotionnel	19,2 (10,1)	16,6 (9)	0,21
Dépersonnalisation	7,8 (5,5)	9,7 (6,4)	0,13
Accomplissement personnel	34,4 (7,4)	35,2 (9,2)	0,62

Au total :

- **Près de 53% des étudiants présentent un syndrome d'épuisement professionnel dont un étudiant présente SEP élevé.**
- **Le score moyen de l'épuisement émotionnel est de 18,55 +/- 9,8 dont 15% ont un score élevé,**
- **Le score moyen de dépersonnalisation est de 8,28 +/- 5,9 dont 24% ont un score élevé,**
- **Le score moyen de l'accomplissement personnel est de 34,45 +/- 7,7 dont 22% ont un score bas.**
- **Pas de différence significative entre femmes et hommes**

3.1.3 Etude de stabilité temporelle

Le test statistique utilisé est l'analyse du coefficient de corrélation intra-classe (ICC). L'ICC permet d'étudier la corrélation (le degré d'association) entre deux variables quantitatives, c'est à dire les moyennes des sous dimensions du MBI à M0 et à M4.

Tableau 1.4 : Etude de stabilité :

Moyenne (écart type)	Moyenne M0	Moyenne M4	P Valeur	ICC
Épuisement émotionnel	18,5 (9,8)	21,1 (10,7)	< 0,0001	0,63
Dépersonnalisation	8,3 (5,9)	8,2 (5,3)	< 0,0001	0,59
Accomplissement personnel	34,4 (7,4)	35,2 (7,5)	< 0,0001	0,64

Au total :

Concordance significative pour chaque sous dimension du MBI avec un degré de concordance entre 0,5 et 0,75 donc stabilité satisfaisante du MBI de 0 à 4 mois.

3.2 Echantillon M4

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 2.1 : Caractéristiques sociodémographiques des répondeurs M4 :

Caractéristique sociodémographique M0	n effectif	%
Affectation:		
Etudiants externes	184	42,5
Etudiants internes en médecine générale	177	40,2
Etudiants internes de spécialité	28	6,4
Etudiants sages-femmes	48	10,9
Année des sages-femmes :		
1 ^{ère} année d'ESF	2	0,5
2 ^{ème} année d'ESF	17	3,9
3 ^{ème} année d'ESF	17	3,9
4 ^{ème} année d'ESF	14	3,2
Année des étudiants en médecine :		
DFGSM3 soit la 3 ^{ème} année	14	3,2
DFASM1 soit la 4 ^{ème} année	53	12,1
DCEM3 soit la 5 ^{ème} année	58	13,2
DCEM4 soit la 6 ^{ème} année	61	13,9
1 ^{er} année d'internat	93	21,2
2 ^{ème} année d'internat	56	12,8
3 ^{ème} année d'internat	42	9,6
4 ^{ème} année d'internat et plus	13	3
DM	25	5,4
Sexe		
Homme	129	29,3
Femme	311	70,7
DM	23	5
Statut matrimonial		
Célibataire	227	51,6
Marié(e)/pacsé(e)	46	10,4
Union libre	167	37,9
DM	23	5
Nombre d'enfant		
0	422	95,9
1	15	3,4
2	3	0,7
DM	23	4,9
Se sentir menacé(e) par le syndrome d'épuisement professionnel :		
Moins d'une fois par semaine	40	9,2
Pas du tout	175	40,1
Plusieurs fois par semaine	38	8,8
Quelques jours par mois	175	40,1
Quotidiennement	8	1,8
DM	27	5,8

La qualité du sommeil :		
Bonne	183	42
Mauvaise	50	11,5
Moyenne	203	46,6
DM	27	5,8
Avec qui parler du stress ressenti :		
Avec les internes	55	12,6
Avec les médecins	1	0,2
Avec les proches	346	79,4
Pas du tout	34	7,8
DM	27	5,8
Pensées suicidaires au cours de l'année dernière :		
	69	15,8
DM	27	5,8
Prise ne charge psychiatrique/psychologique actuelle :		
	28	6,4
DM	27	5,8
Prise d'anxiolytique, hypnotique au cours de ces 3 derniers mois :		
	42	9,6
DM	27	5,8
Nombre de cigarettes par jour :		
De 10 à 20	14	3,2
De 5 à 10	16	3,7
< 5	33	7,6
Ne fume pas	372	85,3
DM	27	5,8
Prise d'alcool quotidienne :		
	4	0,9
DM	27	5,8
Nombre d'absence au travail ces 3 derniers mois pour raison de santé :		
> 7 jours	8	1,8
De 3 à 7 jours	10	2,3
< 3 jours	38	8,7
Aucune	380	87,2
DM	27	5,8
Envisager d'arrêter la formation :		
	195	44,8
DM	28	6
Délai d'arrêt de formation :		
Le jour même	21	5
Dans un mois	29	7
Dans un an	33	7,9
Sans réponse	333	80
DM	47	10,1
Ne referait pas les mêmes études :		
	141	32,7
DM	32	6,9
En période d'examen ou d'évaluation :		
	165	37,9
DM	28	6
Orientation professionnelle :		
CHU	48	11
Autre activité hospitalière	44	10,1
Libérale	225	51,7
Ne sais pas	118	27,1
DM	28	6
Lieu de votre stage actuel :		
CHU	259	59,4
Hôpital périphérique	123	28,3
Libérale	53	12,2
DM	28	6

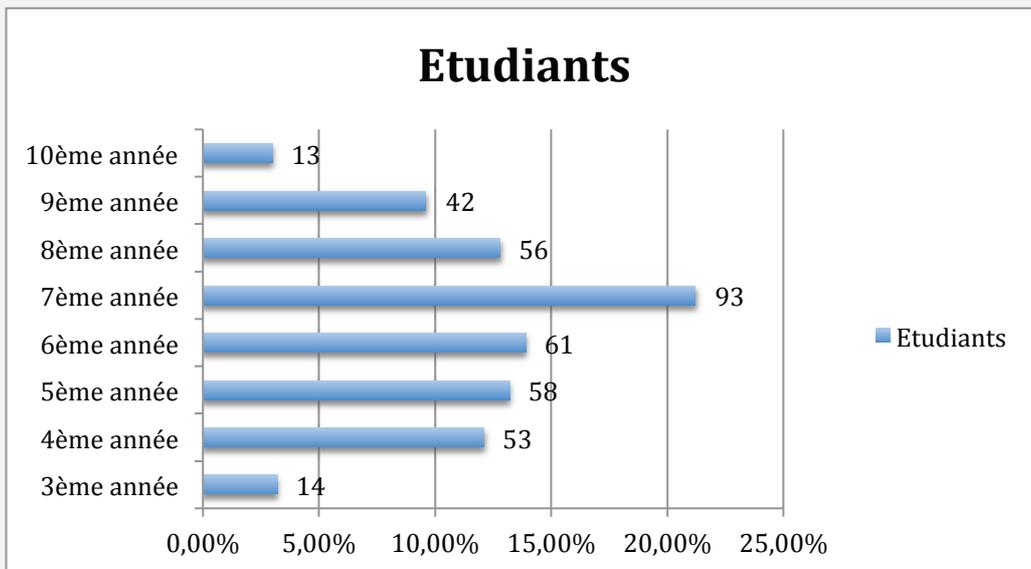
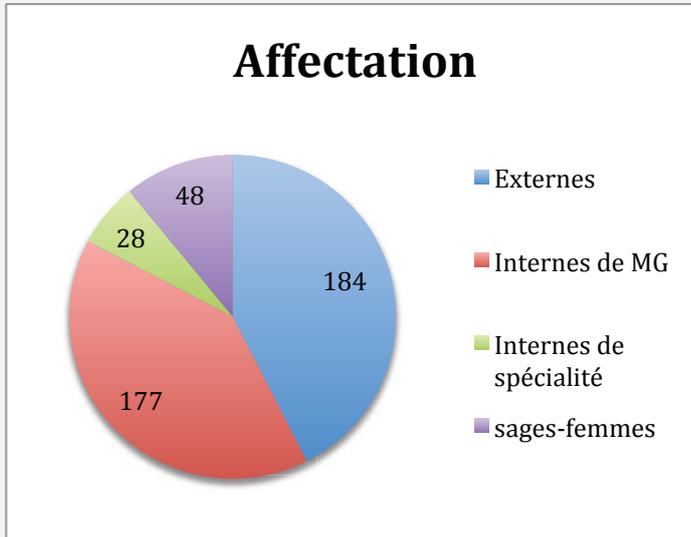
Charge de travail hebdomadaire :		
< 15 h	18	4,1
De 15 à 20 h	42	9,6
De 20 à 30 h	65	14,9
De 30 à 50 h	172	39,4
De 50 à 60 h	114	26,1
> 60 h	25	5,7
DM	27	5,8
Nombre de gardes par mois :		
0	151	34,8
De 1 à 2	161	37,1
De 3 à 4	60	13,8
De 5 à 6	19	4,4
> 6	43	9,9
DM	29	6,3
Nombre de journées libres par semaine :		
0	42	9,7
1	107	24,6
2	205	47,1
3	49	11,3
4	25	5,7
5	3	0,7
6	1	0,2
7	3	0,7
DM	28	6
Suffisamment de temps à consacrer aux loisirs :		
	126	28,8
DM	26	5,6
Suffisamment de temps à consacrer aux travail personnel :		
	203	46,4
DM	26	5,6
Nombre de semaine de vacances les 3 derniers mois :		
0	133	30,6
1	105	24,1
2	77	17,7
3	28	6,4
> 3	92	21,1
DM	28	6
Victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales :		
	109	25,1
DM	29	6,3
Déprécié ou humilié au cours de la formation :		
	169	38,9
DM	29	6,3
S'être fait crié dessus :		
	125	28,7
DM	28	6
Victime d'un harcèlement sexuel :		
	5	1,1
DM	28	6
Subir une violence physique :		
	4	0,9
DM	28	6
Avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle :		
	142	32,6
DM	28	6

 Crainte des erreurs médicales :		
Fréquente	227	52
Peu fréquente	157	36
Non	52	11,9
DM	27	5,8
 Facilité de recours aux seniors :		
	347	79,9
DM	29	6,3
 Travail n'étant pas reconnu à sa juste valeur :		
	227	52,4
DM	30	6,5
 Prise en charge fréquente des patientes en fin de vie, soin palliatif et annonce de diagnostics graves :		
	116	26,7
DM	28	6
 Importance des obligations administratives en lien avec la prise en charge des patients :		
Importante	199	45,8
Moyenne	173	39,9
Peu importante	62	14,3
DM	29	6,3

DM : Données manquantes

Au total :

- Répondeurs M4: 463 répondeurs soit 25,5% des étudiants en médecines et maïeutiques de Poitiers,
- **Répartition :**

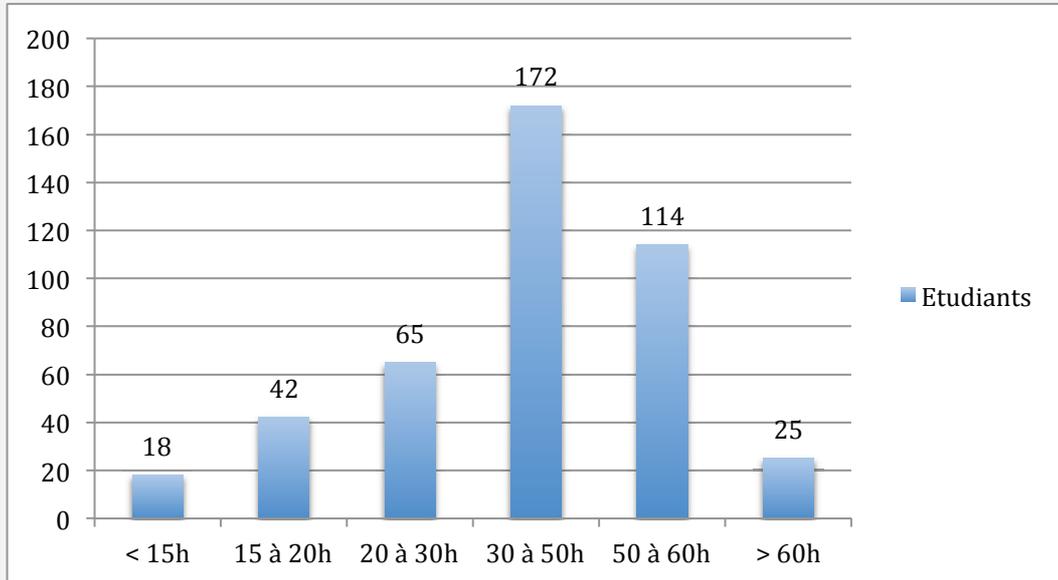


- **71% sont des femmes, âge moyen 25,3.**
- **Vécu des études :** 195 étudiants soit 44,8% envisageraient d'arrêter leur formation dont 21 le jour même (5%), 29 dans un mois (7%), 33 étudiants dans un an (8%). 141 étudiants soit 32,7% ne referaient pas les mêmes études, 227 étudiants soit 52% craignent fréquemment de faire des erreurs médicales, 293 étudiants soit plus de 67% n'estiment pas avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle, environ 60% des étudiants se sentent menacés par le SEP,
- **Santé :** 69 étudiants soit 15,8% ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année dernière, 28 soit 6,4% ont une prise en charge psychiatrique ou psychologique actuellement, 42 soit 9,6% ont pris des anxiolytiques ou hypnotiques au cours de ces 3 derniers mois et 56 étudiants soit 12,1% ont eu 3

jours ou plus d'absences au travail pour raison de santé.
37,9% étaient en période d'examen au cours du 2^{ème} recueil,

- **Travail : 259 étudiants soit 59,5% effectuent leurs stages en au CHU, 123 étudiants soit 28,3% en périphérie et 53 soit 12,9% en libérale.**

Travail hebdomadaire :



- **312 étudiants soit plus de 70% déclarent avoir 2 gardes ou moins par mois. 312 étudiants soit plus de 70% ont 1 à 2 journées libres par semaines**
- **126 étudiants soit 28,8% déclarent avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs loisirs et 203 étudiants soit 46,4% suffisamment de temps pour le travail personnel,**
- **133 étudiants soit 30,6% n'ont pas pris de semaine de vacances ces 3 derniers mois,**

- **Relation interprofessionnelle : 109 étudiants soit 25,1% déclarent être victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales, 169 soit 38,9% dépréciés ou humiliés lors de leur formation, 125 soit 28,7% se sont fait crier dessus, 227 soit 52,4% affirmant que leur travail n'était pas reconnu à sa juste valeur. Mais 347 étudiants soit 79,9% estiment avoir une facilité de recours au senior,**
- **116 étudiants soit 26,7% déclarent une prise en charge fréquente des patients en fin de vie, en soin palliatif et annonce de diagnostics graves,**
- **199 étudiants soit 45,8% affirment que les obligations administratives prennent une part importante de leur travail.**

3.2.2 Analyse du SEP

Épuisement émotionnel :

Le score moyen est de 19,88 +/- 11,02

- 94 élèves soit 20,3% ont un score d'épuisement émotionnel élevé
- 128 élèves soit 27,6% ont un score d'épuisement émotionnel modéré
- 205 élèves soit 44,3% ont un score d'épuisement émotionnel bas

36 soit 7,8% données manquantes

Dépersonnalisation :

Le score moyen est de 8,47 +/- 5,64

- 124 élèves soit 26,8% ont un score de dépersonnalisation élevé
- 168 élèves soit 36,3% ont un score de dépersonnalisation modéré
- 156 élèves soit 33,7% ont un score de dépersonnalisation bas

15 soit 3,2% données manquantes

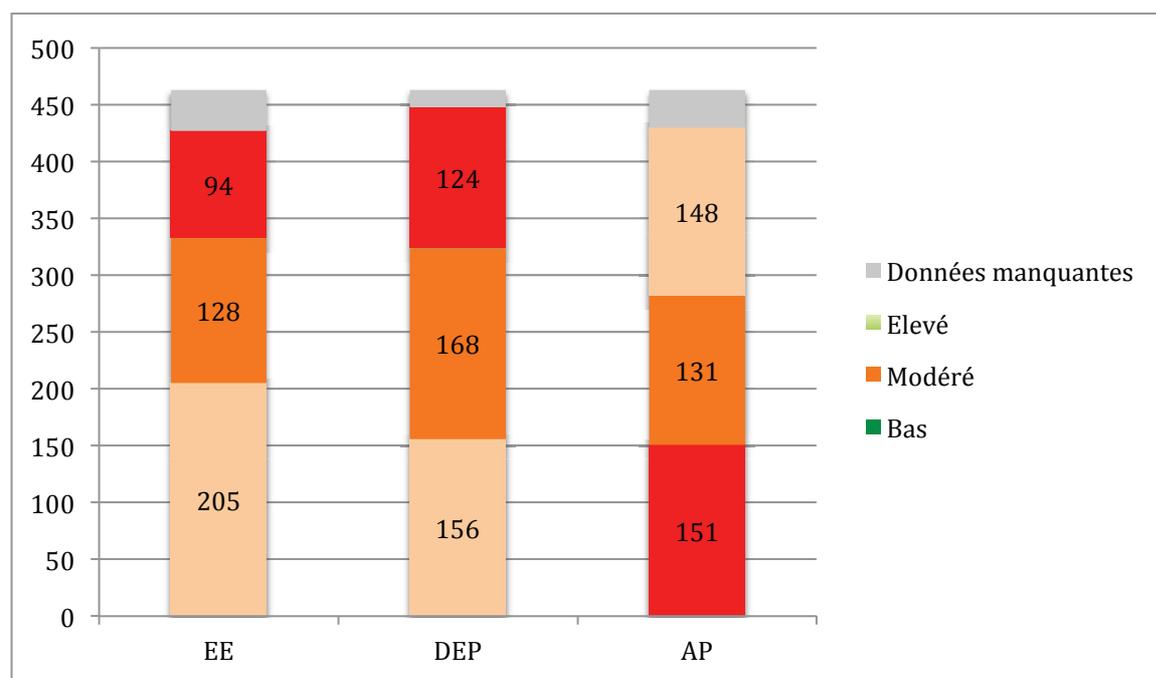
Accomplissement personnel :

Le score moyen est de 35,46 +/- 7,47

- 151 élèves soit 32,6% ont un score d'accomplissement personnel bas
- 131 élèves soit 28,3% ont un score d'accomplissement personnel modéré
- 148 élèves soit 32% ont un score d'accomplissement personnel élevé

33 soit 7,1% données manquantes

Graphique 2.1 : Résultats aux sous dimensions du MBI :



Degré du SEP :

3 étudiants soit 0,6 % ont un SEP élevé,
75 étudiants soit 16,2% ont un SEP modéré,
210 étudiants soit 45,4% ont un SEP bas,
135 étudiants soit 29,2% n'ont pas de SEP.
40 données manquantes soit 8,6%.

Tableau 2.2 : Sous dimension du SEP en fonction de l'année d'étude :

Moyenne (écart type)	EE	DEP	AP
3 ^{ème} année d'étude (14 étudiants)	19,7 (10,1)	10,7 (4,3)	33,3 (11,6)
4 ^{ème} année d'étude (53 étudiants)	22,4 (10,3)	7,8 (5,5)	35,9 (7,3)
5 ^{ème} année d'étude (58 étudiants)	22,3 (10,9)	8,7 (5,9)	33,3 (7,1)
6 ^{ème} année d'étude (61 étudiants)	25 (10)	9,5 (6,3)	33,1 (7,8)
7 ^{ème} année d'étude (93 étudiants)	16,6 (11,5)	9 (5,9)	36 (5,6)
8 ^{ème} année d'étude (56 étudiants)	17,5 (9,8)	8,3 (5,6)	37,6 (6,2)
9 ^{ème} année d'étude (42 étudiants)	16,6 (10,7)	8,1 (4,7)	37,3 (7,2)
10 ^{ème} année d'étude (8 étudiants)	17 (7)	6,6 (5,1)	38,6 (7,9)
11 ^{ème} année d'étude (5 étudiants)	26 (17,3)	9,6 (7,4)	35,2 (5,6)

Moyenne (écart type)	EE	DEP	AP
1 ^{er} année ESF (2 étudiants)	8	8 (2,8)	47
2 ^{ème} année ESF (17 étudiants)	17,8 (12,1)	5 (4,5)	32,3 (12)
3 ^{ème} année ESF (17 étudiants)	19,1 (11,1)	6,8 (5,3)	37,2 (5,8)
4 ^{ème} année ESF (14 étudiants)	16,4 (9,2)	6,3 (3,4)	35,1 (8,9)

Au total :

- **62 % des étudiants présentent un syndrome d'épuisement professionnel dont 3 étudiants un SEP élevé**
- **20 % ont un score d'épuisement émotionnel élevé.**
- **Presque 27 % ont un score de dépersonnalisation élevé.**
- **Presque 33 % ont un score d'accomplissement personnel bas.**
- **En fonction de l'année d'étude : l'épuisement professionnel est plus élevé en externat et tend à se majorer jusqu'en 6^{ème} année puis à s'infléchir aux cours des années d'internat. La dépersonnalisation reste stable mais une légère diminution est constatée en cours des 4 premières années d'internat. L'accomplissement personnel tend à progresser en cours de cursus.**

3.2.3 Analyse de l'empathie

Le score moyen de l'empathie cognitive est 36,2 :

- score moyen de la « prise de perspective », perspective taking (PT) est 17,9 ;
- score moyen de la « fantaisie », fantasy (FS) est 18,3.

Le score moyen de l'empathie émotionnelle est 32,9 :

- score moyen du « souci empathique », empathic concern (EC) est 20,1 ;
- score moyen de la « détresse personnelle », personal distress (PD) est 12,8.

Tableau 2.3 : Empathie en fonction de l'année d'étude :

Moyenne (écart type)	FS	EC	PT	PD	Empathie cognitive	Empathie émotionnelle
3 ^{ème} année d'étude (14 étudiants)	16,3 (5,9)	19,8 (3,7)	16,6 (2,9)	13,4 (5,5)	32,9 (5,1)	33,2 (8)
4 ^{ème} année d'étude (53 étudiants)	18,5 (5,8)	20 (4,4)	18,2 (4,1)	12,6 (5,7)	36,7 (7,8)	32,6 (7,2)
5 ^{ème} année d'étude (58 étudiants)	20,5 (5,7)	20,5 (4,3)	17,1 (5,4)	12,4 (5,2)	37,6 (7,4)	32,7 (7,5)
6 ^{ème} année d'étude (61 étudiants)	18,9 (6,4)	20,1 (4)	18,1 (4,1)	12,9 (5,7)	36,9 (12,1)	33 (7,3)
7 ^{ème} année d'étude (93 étudiants)	18 (5,5)	19,6 (3,9)	17,8 (4,4)	13,9 (5,9)	35,9 (7,6)	33,4 (8,2)
8 ^{ème} année d'étude (56 étudiants)	17,3 (6,2)	19,8 (4)	17,5 (4,9)	12,2 (6,1)	34,8 (7,8)	31,9 (7,4)
9 ^{ème} année d'étude (42 étudiants)	16,9 (6,1)	19,8 (5,6)	18,2 (5)	10,6 (5,9)	35,1 (9,2)	30,4 (8,6)
10 ^{ème} année d'étude (8 étudiants)	13,5 (5,4)	21 (5,5)	19,9 (4,3)	8,4 (16,3)	33,4 (6,4)	29,3 (8,4)
11 ^{ème} année d'étude (5 étudiants)	14,8 (4,3)	19,4 (3)	16 (4,2)	15,4 (5)	30,8 (7,5)	34,8 (6,1)

Moyenne (écart type)	FS	EC	PT	PD	Empathie cognitive	Empathie émotionnelle
1 ^{er} année ESF (2 étudiants)	27	21	23	8	50	29
2 ^{ème} année ESF (17 étudiants)	19,8 (5,4)	21,4 (4,8)	17,2 (4,6)	16,4 (6,1)	37,7 (8,3)	37,8 (6,4)
3 ^{ème} année ESF (17 étudiants)	18,7 (5,5)	22,6 (3,1)	20,2 (4,2)	13,5 (4,5)	38,9 (7,7)	36,2 (4,2)
4 ^{ème} année ESF (14 étudiants)	16,8 (6)	18,9 (4,4)	18,8 (4,7)	12,1 (4,3)	35,9 (8)	31 (7,6)

Au total :

- **Le score moyen de l'empathie cognitive est 36,2**
- **Le score moyen de l'empathie émotionnelle est 32,9**
- **Au cours des années d'étude, l'empathie cognitive tend à s'infléchir parallèlement à la sous dimension fantaisie. La même tendance moins prononcée concernant l'empathie émotionnelle est observée aux cours des 3 premières années d'internat avec un pic en 11^{ème} année d'étude parallèlement à la sous dimension détresse personnelle.**

3.2.4 Analyse des troubles anxio-dépressifs

Score moyen global est de 12,6.

Score moyen de la sous échelle Anxiété : 8,5

- 220 étudiants soit 51% ont un score d'anxiété négatif.
- 83 étudiants soit 19% ont un score d'anxiété douteux.
- 127 étudiants soit 29% ont un score d'anxiété certain.

4 données manquantes.

Score moyen de la sous échelle Dépression est 4,1.

- 74 étudiants soit 83% ont un score de dépression négatif
- 46 étudiants soit 11% ont un score de dépression douteux.
- 26 étudiants soit 6% ont un score de dépression certain.

Tableau 2.4 : Troubles anxio-dépressifs en fonction de l'année d'étude :

Moyenne (écart type)	Anxiété	Dépression	Score total
3 ^{ème} année d'étude (14 étudiants)	8,6 (3,3)	4,4 (3)	13,1 (5,4)
4 ^{ème} année d'étude (53 étudiants)	7,9 (3,8)	4,3 (2,7)	12,2 (5,7)
5 ^{ème} année d'étude (58 étudiants)	9 (4)	4,8 (3,3)	13,8 (6,5)
6 ^{ème} année d'étude (61 étudiants)	10,2 (3,9)	5,7 (3,4)	15,9 (6,5)
7 ^{ème} année d'étude (93 étudiants)	7,6 (3,9)	3 (2,9)	10,8 (5,9)
8 ^{ème} année d'étude (56 étudiants)	7,5 (3,9)	3,2 (2,8)	10,8 (5,7)
9 ^{ème} année d'étude (42 étudiants)	7,2 (3,9)	3,8 (3,1)	10,9 (6,3)
10 ^{ème} année d'étude (8 étudiants)	7,7 (3,8)	4,2 (3,5)	12 (6,8)
11 ^{ème} année d'étude (5 étudiants)	11,6 (5,9)	6 (6)	17,6 (11,8)

Moyenne (écart type)	Anxiété	Dépression	Score total
1 ^{er} année ESF (2 étudiants)	7	4	11
2 ^{ème} année ESF (17 étudiants)	10,2 (4,2)	3,4 (2,8)	13,8 (6,7)
3 ^{ème} année ESF (17 étudiants)	11,6 (3,2)	5,7 (3,6)	17,3 (6,2)
4 ^{ème} année ESF (14 étudiants)	6,6 (3,7)	3,9 (3,7)	10,5 (6,8)

Au total :

- **29% des étudiants ont un score d'anxiété certain et 6% ont un score de dépression certain. Les troubles anxio-dépressifs sont plus importants au cours des années d'externat que lors de l'internat avec un pic en 6^{ème} et 11^{ème} année d'étude. Il est à remarquer que les évolutions respectives de l'anxiété et de la dépression sont similaires.**

3.2.5 Etude de corrélation

L'étude de corrélation des scores de sous dimension des échelles MBI, HAD et IRI fut réalisée à l'aide du test du coefficient de corrélation de Pearson. L'analyse des résultats a tenu compte simultanément du test de corrélation et d'une simulation graphique de la droite de régression dit « en nuage de point ». Ont été mis en évidence les corrélations a la fois, significatives révélées au test de Pearson et présentant une simulation graphique en nuage de point homogène.

Tableau 2.5 : Corrélation MBI et IRI :

Coefficient de corrélation de Pearson Prob > r sous H0: Rho=0 Nombre d'observations	EE	DEP	AP
fantaisie	0.06718 0.1794 401	-0.02478 0.6135 418	0.07644 0.1260 402
souci empathique	0.05599 0.2622 403	-0.21117 <.0001 419	0.11880 0.0170 403
prise de perspective	-0.02600 0.6041 400	-0.10645 0.0298 417	0.15649 0.0016 403
détresse personnelle	0.34410 <.0001 402	0.17149 0.0004 420	-0.21319 <.0001 403
Empathie cognitive	0.04296 0.3945 395	-0.07640 0.1216 412	0.14995 0.0027 398
Empathie émotionnelle	0.29084 <.0001 400	0.01111 0.8211 417	-0.21319 <.0001 400

Les résultats montrent une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la détresse personnelle avec un coefficient de corrélation de Pearson de 0,34 ($p < 0,0001$) et l'empathie émotionnelle avec un coefficient de Pearson de 0,29 ($p < 0,0001$). Aucune autre corrélation n'est retrouvée entre l'épuisement émotionnel et les autres sous dimensions de l'échelle de l'IRI.

Il existe une corrélation négative entre la dépersonnalisation et le souci empathique, coefficient de corrélation de Pearson de -0,21 ($p < 0,0001$). Aucune autre corrélation n'est retrouvée entre la dépersonnalisation et les autres sous dimension de l'échelle de l'IRI.

Il existe une corrélation négative entre l'accomplissement personnel et la détresse personnelle avec un coefficient de corrélation de Pearson de -0,38 ($p < 0,0001$) et d'empathie émotionnelle avec un coefficient de corrélation de Pearson de -0,21 ($p < 0,0001$). Aucune autre corrélation n'est retrouvée entre l'accomplissement personnel et les autres dimensions de l'IRI.

Tableau 2.6 : Corrélation IRI, HAD :

Coefficient de corrélation de Pearson Prob > r sous H0: Rho=0 Nombre d'observations	Anxiété	Dépression	Score total HAD
fantaisie	0.03560	-0.12410	-0.04216
	0.4658	0.0105	0.3887
	422	424	420
souci empathique	0.15894	-0.04165	0.07694
	0.0010	0.3918	0.1150
	423	425	421
prise de perspective	-0.00991	0.00640	-0.00046
	0.8393	0.8956	0.9925
	421	423	419
détresse personnelle	0.32792	0.21699	0.30906
	<.0001	<.0001	<.0001
	423	425	421
Empathie cognitive	0.02735	-0.08037	-0.02360
	0.5781	0.1008	0.6321
	416	418	414
Empathie émotionnelle	0.32859	0.13355	0.26808
	<.0001	0.0060	<.0001
	420	422	418

Les résultats montrent une corrélation positive entre la détresse personnelle et l'anxiété avec un coefficient Pearson de 0,33 ($p < 0,0001$), la dépression avec un coefficient Pearson de 0,22 ($p < 0,0001$), ainsi qu'avec le score d'HAD total, coefficient de 0,31 ($p < 0,0001$).

Il existe aussi une corrélation positive entre l'empathie émotionnelle et l'anxiété, avec un coefficient de 0,33 ($p < 0,0001$), et avec le score global de l'HAD, coefficient de 0,27 ($p < 0,0001$).

Tableau 2.7 : Corrélation MBI, HAD:

Coefficient de corrélation de Pearson Prob > r sous H0: Rho=0 Nombre d'observations	EE	DEP	AP
Anxiété	0.61560	0.28468	-0.32056
	<.0001	<.0001	<.0001
	405	422	406
Dépression	0.60159	0.36233	-0.38399
	<.0001	<.0001	<.0001
	407	424	409
Score total	0.67814	0.35149	-0.38650
	<.0001	<.0001	<.0001
	403	420	405

Corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et :

- l'anxiété avec un coefficient Pearson de 0,61 ($p < 0,0001$),
- la dépression avec un coefficient Pearson de 0,60 ($p < 0,0001$),
- le score d'HAD total avec un coefficient Pearson de 0,69 ($p < 0,0001$).

Corrélation positive entre la dépersonnalisation et :

- l'anxiété avec un coefficient Pearson de 0,28 ($p < 0,0001$),
- la dépression avec un coefficient Pearson de 0,36 ($p < 0,0001$),
- le score d'HAD total avec un coefficient Pearson de 0,35 ($p < 0,0001$).

Corrélation négative entre l'accomplissement personnel et :

- l'anxiété avec un coefficient Pearson de 0,32 ($p < 0,0001$),
- la dépression avec un coefficient Pearson de 0,39 ($p < 0,0001$),
- le score d'HAD total avec un coefficient Pearson de 0,39 ($p < 0,0001$).

Au total :

- **Corrélation positive entre épuisement émotionnel et l'empathie émotionnel, la sous dimension détresse personnel et les troubles anxio-depressifs.**
- **Corrélation négative entre la dépersonnalisation et le souci empathique et corrélation positive avec les troubles anxio-depressifs,**
- **Corrélation inverse entre l'accomplissement personnel et l'empathie émotionnel et la sous dimension détresse personnel ainsi qu'avec les troubles anxio-depressifs.**
- **Corrélation positive entre l'empathie émotionnelle ainsi que la sous dimension détresse personnelle avec les trouble anxio-depressifs.**

4 Discussion

Notre étude nous a permis de répondre à notre objectif principal ainsi qu'à nos objectifs secondaires. Nous avons pu étudier la stabilité temporelle intra-personnelle de l'échelle MBI des étudiants en médecine et maïeutique de Poitiers sur l'échantillon des répondants à 0 et 4 mois, l'évolution des échelles année par année et la corrélation entre SEP, empathie et troubles anxio-dépressifs sur l'ensemble des répondants du 4^{ème} mois. Cependant, nos résultats doivent être interprétés de façon prudente devant les biais que comporte notre étude.

4.1 Biais de l'étude

Biais de recrutement :

Sur les 1814 étudiants concernés par l'étude et contactés le 1^{er} Juillet 2014, 304 étudiants ont répondu à M0 soit 16,7%, 463 ont répondu à M4 soit 25,5% et seulement 148 étudiants ont pu être identifiés répondants à la fois à M0 et M4 soit 8,15%. Pour une étude de stabilité temporelle, l'analyse des résultats de M0 et M4 doivent se faire sur un échantillon identique réduisant considérablement le nombre de données exploitables. Bien que ce taux soit restreint, il reste malgré tout suffisant pour une analyse de stabilité temporelle interpersonnelle, mais pour toute autre analyse sur cette échantillon les résultats sont à interpréter de façon prudente. En effet, les études déjà réalisées sur le sujet ont un nombre de répondants plus important, dépassant les 60% et donc plus représentatif de la population générale d'étudiants en médecine (29 à 35).

Comme le souligne Dr Guyonnet dans son étude précédente, l'envoi des questionnaires par voie électronique peut expliquer ce faible taux de réponse. Dans l'étude du Dr Galam, les questionnaires furent directement distribués aux étudiants lors de réunions de choix de stage, favorisant ainsi l'application des étudiants et permettant un taux de réponse plus important de 64% (29).

Même si l'envoi électronique nous a permis de faciliter les démarches et les relances auprès des étudiants, il est à noter que les étudiants de spécialité n'utilisent que rarement la plateforme ENT dans leur cursus, ce qui a pu limiter leur nombre de réponses malgré un tutoriel fournis dans les mails. En effet leur taux reste bas car ils sont 28 étudiants sur 480 soit 5,9% contre 53 étudiant en Médecine générale sur 380 soit un taux 14%.

Dans un souci de confidentialité, les associations des étudiants en médecine générale n'ont pu nous transmettre les adresses personnelles de leurs adhérents et ont donc relayé nos mails. Seul les internes de première année ont bénéficié d'une formation leur permettant d'intégrer leur boîte mail professionnelle à celle personnelle. C'est probablement une des raisons pour laquelle nous constatons une diminution de répondants dans les dernières années d'étude, c'est à dire 30 répondants en première année, 20 en deuxième année puis 7 et 1 en 3^{ème} et 4^{ème} années sur l'échantillon M0-M4.

Les étudiants ont du répondre à 4 questionnaires : sociodémographique, MBI, IRI, et HAD et donc a une centaine de questions. Le temps passé était d'environ 15 à 20 minutes. Il est possible que la longueur des nos questionnaires ait pu effrayer certains étudiants.

Cependant, l'étude du Dr Quellard nous a permis de majorer nos taux de réponse à M4 (plus 8,8%). La présentation de l'étude au contact directe des étudiants ainsi que l'implication de certains professeurs nous ont été précieuses. Nous avons pu constater un intérêt particulier au sujet de l'épuisement professionnel, notamment après leur avoir présenté les résultats alarmants des premiers répondants. Ainsi, cela a pu inciter les premiers répondants de M0 à réitérer leurs efforts de participation à M4 et à majorer le nombre de répondants M4.

Biais de sélection :

L'étude fait l'objet de travail de thèse d'internes en médecine générale. Cela a pu influencer les autres internes de même spécialité à répondre par solidarité expliquant ainsi un plus fort taux de réponse : 53 étudiants en médecine générale sur 380 soit 14% représentant 35,8% des répondants M0-M4.

Le Dr Quellard a notamment pu constater dans son étude qualitative que certains étudiants pensaient que seul ceux se sentant en épuisement professionnel étaient concernés. Ainsi, il est possible que les étudiants se sentant en détresse aient plus facilement répondu aux questionnaires et majoré le taux d'épuisement professionnel de notre étude ; encore que les plus épuisés aient pu à l'inverse refuser ce travail supplémentaire.

Biais de confusion :

La période sur laquelle a été réalisé l'étude peut être un biais de confusion. En effet le premier recueil fut réalisé le 1^{er} Juillet, période synonyme de vacances et souvent moins stressante pour les étudiants ; à noter que seulement 9 % des étudiants sont en période d'examen. Cela a pu influencer les résultats du MBI en les minimisant.

Le deuxième recueil eu lieu le 2 novembre. Une période plus stressante car les étudiants de première année prennent leurs fonctions d'interne et les anciens intègrent de nouveaux services. Autant de condition favorable à une survalorisation du SEP. En effet, après analyse des résultats sociodémographiques de l'échantillon à M4, il est à remarquer que le nombre d'étudiants affirmant avoir suffisamment de temps à consacrer aux loisirs, et au travail personnel diminue passant chacun de 39,3% à 25,9% et 57,6% et 42,7%. Moins d'étudiants pensent avoir notamment les connaissances théoriques suffisantes et adaptés pour la pratique actuelle, passant de 42,5% à M0 à 31,5% à M4 sur échantillon M0-M4. 40,6% des étudiants affirment être en période d'examen en début Novembre. Remarque, nous ne retrouvons pas de changement notable dans le nombre de semaines de vacances pris ces 3 derniers mois à M4.

Biais d'analyse :

La période d'inscription s'effectuant courant Octobre, nous avons du adapter notre étude au calendrier de la faculté. Afin d'intégrer l'ensemble des nouveaux internes dans l'étude No Burnout Poitiers, nous avons du attendre fin Octobre pour récupérer les coordonnées des étudiants fournies par l'administration de la faculté. Nous avons donc décidé au cours de réunion de notre groupe de travail de repousser notre 2^{ème} recueil initialement

prévu à M3 en début Octobre à M4 début Novembre. Cette adaptation de calendrier est un biais d'analyse dans l'interprétation des résultats de stabilité temporelle du MBI.

Pendant la période de recueil M0-M4, les promotions changent et évoluent. Certains étudiants ont plus de responsabilité ; plus particulièrement les externes DCEM4 deviennent internes en médecine avec le travail, le stress et les responsabilités qui incombent à cette nouvelle fonction ayant pu surévaluer le niveau d'épuisement professionnel.

L'élaboration du questionnaire sociodémographique fut décidée par notre groupe de travail en fonction des facteurs d'influence déjà identifiés dans la littérature. Il ne s'agit en aucun cas d'un outil validé. Les liens statistiquement significatifs n'ont pas été recherchés dans l'étude. Ce questionnaire nous a permis de s'assurer que l'échantillon M0-M4 est comparable à ceux étudiés dans la littérature. Cette comparabilité n'est qu'uniquement descriptive ; aucune analyse de comparabilité ne fut réalisée.

Le MBI décrit une tendance, un aperçu du SEP mais n'est en aucun un outil diagnostique. Il s'agit d'un biais dans la certitude de la maladie. Cette erreur est quasi inévitable puisque aucun outil de mesure n'est parfait, d'autant plus qu'aucune échelle ni aucun test ne permet à ce jour de poser le diagnostic de SEP.

L'étude de corrélation entre les différentes échelles nous a permis de définir les liens existant entre les sous dimensions du SEP, IRI et HAD. Malheureusement, ces liens ne nous permettent pas d'affirmer le lien de cause à effet.

4.2 Interprétation des résultats

4.2.1 Echantillon M0-M4

4.2.1.1 Sociodémographie et MBI

La première partie d'analyse porte sur l'étude de notre échantillon M0-M4 de 148 répondants et la comparabilité avec les données de littérature, plus particulièrement avec l'étude de Dr Galam réalisée en 2011 (29, 35).

Comme nous avons pu le constater, notre échantillon est peu important car sur 1814 étudiants concernés par l'étude seul **148 étudiants répondants à la fois au premier et deuxième recueil furent analysés, soit 8,15%**. L'échantillon est nettement inférieur aux études identifiées dans la littérature (4050 questionnaires analysés soit 64% dans l'étude du Dr Galam), mais suffisant pour étudier la stabilité temporelle intra-personnelle de 0 à 4 mois.

Affectation :

- **La majorité des répondants composant l'échantillon M0-M4 sont les externes et internes en médecine générale.** Mais comparativement à la population étudiée, les internes de médecine générale (14%) ainsi que les sages-femmes (15%) ont majoritairement répondu à l'étude. En effet, Les externes et internes de spécialité ont finalement moins répondu car ils représentent que 6% de la totalité de leur promotion. Notre proximité avec les internes de MG et les sages-femmes peut être une des explications. En effet, notre groupe de travail réunit des internes de médecine générale dont une étudiante ayant un lien privilégié avec les étudiants en maïeutique de la faculté.

- En fonction des années d'étude, nous constatons :
 - . Une **majorité de répondants en 4^{ème} année de médecine : 37 étudiants externes soit 25% des répondants et près de 18% de la promotion DFASM1,**
 - . Une **majorité de répondant en 1^{er} année d'internat : 30 étudiants soit 20% des répondants et près de 16% de la promotion.**Les autres répondants étudiés oscillent entre 3 et 7,5% pour chaque promotion. 1 étudiants a répondu en 4^{ème} année d'internat et aucun retrouvé dans les années supérieures.
Un défaut de connaissance des mails peut être une explication pour les années d'internat supérieur à la 8^{ème} année, mais nous n'expliquons pas la forte majorité d'étudiants en 4^{ème} année relevé. Il est à noter que les répondants de l'étude du Dr Galam sont relativement stables en fonction des années. La transmission directe des questionnaires aux étudiants lors de réunion peut être une des explications.

Facteurs intra-individuels

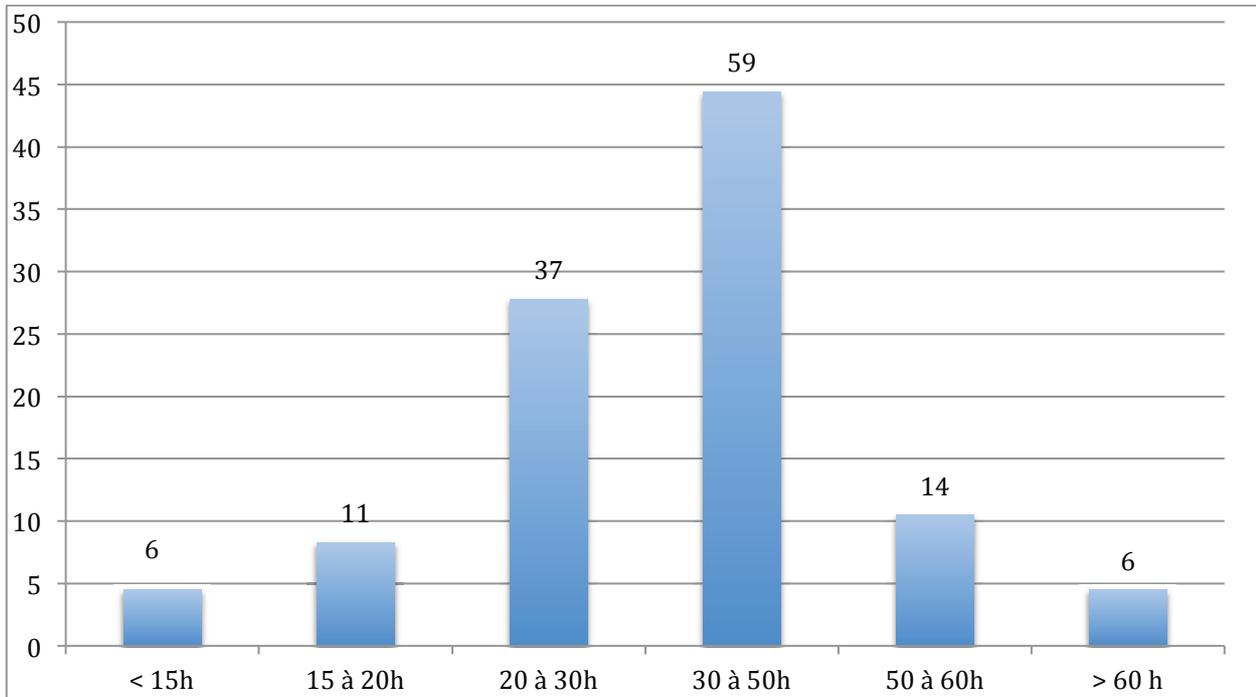
- Une différence notable concernant le sexe : **31 soit 22% sont des hommes et 110 soit 78% sont des femmes, avec un âge moyen de 25,4 ans.** Les femmes ont ainsi majoritairement répondu aux deux recueils car elles représentent près de 60% de notre population cible. Il est possible qu'elles se soient senties plus concernées sans en connaître la cause. Nos chiffres sont comparables à l'ensemble des études Françaises, plus particulièrement à celle du Dr Galam retrouvant 31% d'hommes et 69% de femmes avec un âge moyen de 26,4 ans (29, 35). Notre échantillon ressemble ainsi à celui des autres études.
10,8% sont mariés ou pacsés, proportion identique dans l'étude de 2011 (29, 35).
96,6% n'ont pas d'enfant, identique à l'étude de 2011 (29, 35).

- Concernant le vécu des études : **50 étudiants soit 35,2% envisageraient d'arrêter leur formation** dont 8 le jour même (6,1%), 5 dans un mois (3,8%), 10 étudiants dans un an (7,6%). **42 étudiants soit 29,6% ne referaient pas les mêmes études.** Ces chiffres alarmants sont présentés dans la littérature : rapport de thèse du Dr Guinaud en 2005, 41,8% des étudiants ont envisagé une reconversion (30), en Poitou Charentes 32,5% des médecins envisagent de cesser d'exercer et 4% souhaiteraient le faire dans l'année (20). 16,7% pensent «souvent ou régulièrement» à abandonner leur formation, 8 à 22% des internes pensent à quitter la médecine selon différentes facultés et 36,6% ne choisiraient pas la même orientation dans l'étude de 2011 (29, 35).

- **60 étudiants soit 42,9% craignent fréquemment de faire des erreurs médicales, 80 étudiants soit plus de 50% n'estiment pas avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle.** Nous retrouvons dans la littérature des chiffres semblables ainsi qu'un lien entre la crainte de faire des erreurs médicales et l'épuisement professionnel (29, 35, 50). Dans notre étude, le lien significatif n'a pas été recherché, mais il est possible que le nombre d'étudiants externes important influence les résultats.
- **72 étudiants soit 51,4% souhaiteraient s'orienter vers une activité libérale** contre 30 étudiants soit 11% une activité hospitalière. Dans l'étude de 2011, 4,6% des internes de MG souhaiteraient travailler à l'hôpital, 54,7% en semi rural et 1/3 souhaiterait s'installer en ville (29, 35). Malgré des populations différentes dans leurs affectations, les proportions de semi-rural et activité libérale se ressemblent. Nous n'expliquons que difficilement cette similitude. Les nouvelles mesures incitatives ainsi que les stages en médecine libérale obligatoires ont pu suscité chez certains étudiants une vocation.
- **Plus de 70% des étudiants se sentent menacés par le SEP** dont 49,3% quelques jours par mois, 10,1% moins d'une fois par semaine, et 12,3% plusieurs fois par semaine. Nos chiffres sont confirmés dans la littérature car 46,5% des internes de MG se sentent menacés par le SEP et présente un lien significatif avec le fait d'être en épuisement professionnel dans l'étude de 2011 (29, 35). Il est à remarquer que les internes parlent plus facilement du stress ressenti avec **leurs proches 71,8% (vs 13,8% avec les internes et 2,2% avec les séniors)**. Cela fait remarquer que le sujet reste synonyme de faiblesse et tabou dans le milieu médical.
- **Santé : 25 étudiants soit 18% ont eu des pensées suicidaires** au cours de l'année dernière, **15 soit 11% ont une prise en charge psychiatrique ou psychologique** actuellement, **18 soit 13,4% ont pris des anxiolytiques ou hypnotiques** au cours de ces 3 derniers mois et 14 étudiants soit **11,4% ont eu 3 jours ou plus d'absence** au travail pour raison de santé ces 3 derniers mois. Ces chiffres sont le reflet de la réalité, ils sont affirmés dans de nombreuses études. Sur 306 médecins généralistes libéraux du département de la Loire : 13% ont déjà envisagé le suicide (40). En 2007, 14% des répondants au rapport de l'URML Ile de France ont évoqué le suicide (21). Le Dr Galam affirme une corrélation entre le SEP, les idées suicidaires et les tentatives d'autolyse avec 6,1% des répondants ont déjà eu des idées suicidaires et 1,4% avaient déjà tenté de se suicider. 9,2% déclaraient avoir pris des hypnotiques au moins une fois par mois, 6,5% ont déclaré avoir pris des antidépresseurs et 12,1% ont déjà eu un recours à un psychiatre ou psychologue aux cours de leur internat (29, 35). Dans l'étude du Dr Guinaud de 2005, ¼ des internes auraient envisagé un suivi psychologique et 15% des internes en médecine consomment des antidépresseurs (30). Nos résultats retrouvés concordent.
- La qualité de sommeil est déclarée mauvaise chez 14 étudiants soit 10%, 14 étudiants soit 10% fument et 3 étudiants consomment de l'alcool quotidiennement. Chiffres semblables aux médecins dans le rapport du département de la Loire (40). Dans l'étude de 2011, 12,3% fument au moins 5 cigarettes par jour
- A noter que 12 étudiants soit 8,6% étaient en période d'examen au cours du premier recueil.

Facteurs organisationnels

- Lieu de stage : **75 étudiants soit 56,8% effectuent leurs stages en au CHU, 28 étudiants soit 21,1% en périphérie et 29 soit 22% en libérale.** Les étudiants en stage chez le praticien de l'étude référent de 2011 sont 20% (29, 35).
- La charge de travail hebdomadaire :



95 étudiants soit plus de 70% déclarent avoir 2 gardes ou moins par mois. 103 étudiants soit plus de 75% ont 1 à 2 journées libres par semaines. Concernant le travail hebdomadaire la proportion la plus forte concerne les 30 à 50 heures par semaine dans notre échantillon. Les moyennes n'ayant pas été calculées, l'analyse reste limitée par rapport à l'étude de 2011 mais nous pouvons suspecter une diminution de la charge de travail dans notre échantillon car leurs internes déclarent travailler en moyenne 48,9 h par semaine, assurent 2,55 garde par mois, et 24,6% déclarent avoir tous les week-end de libre par mois (29, 35).

- **55 étudiants soit 39,9% déclarent avoir suffisamment de temps à consacrer à leur loisir et 80 étudiants soit 57,5% suffisamment de temps pour le travail personnel.** Chiffres identiques pour les loisirs avec 41,4% chez les internes de l'étude référent (29, 35). Le temps à consacrer avec le travail personnel ne fut pas évalué.
- **32 étudiants soit 22,9% n'ont pas pris de semaine de vacances ces 3 derniers mois.**

Facteurs interindividuels :

- Concernant les relations interprofessionnelles, **37 étudiants soit 26,4% déclarent être victimes de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales, 73 soit 51,8% dépréciés ou humiliés lors de leur formation, 56 soit 40% se sont fait crier dessus, 70 soit 50,7% affirmant que leur travail n'était pas**

reconnu à sa juste valeur. Mais 107 étudiants soit 77% estiment avoir une facilité de recours au senior. Ainsi les étudiants de notre échantillon semblent visiblement être mieux accompagnés que leurs collègues de l'étude référent (29, 35) (seulement 55,2% estiment être bien accompagnés au cours de leur formation, 78,5% estiment un travail non reconnu à sa juste valeur). Mais beaucoup d'étudiants sont victimes de discrimination, humiliation ou de cri. Dans cette échantillon, aucune violence physique ni harcèlement sexuel n'est relevé.

- **33 étudiants soit 23,6% déclarent une prise en charge fréquente des patients en fin de vie, en soin palliatif et annonce de diagnostics graves** vs 49,1% des internes de médecine générale de Nantes en 2008 (33). L'analyse est difficile compte tenu que notre échantillon comporte des étudiants de 2^{ème} cycle.
- **50 étudiants soit 35,7% affirment que les obligations administratives prennent une part importante de leur travail.**

Questionnaire sociodémographique en fonction du sexe :

Quelques données nous ont permis de différencier les femmes des hommes. Bien qu'aucune différence significative ne fut relevée sur le sentiment de menace par le SEP, les pensées suicidaires et les conduites addictives, nous pouvons cependant constater que **les femmes bénéficient d'un suivi psychologique plus fréquent** car 14% d'entre elles font l'objet d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique vs 0% ($p = 0,03$). L'étude de 2011 en fait le même constat (29, 35).

Même si les femmes n'envisageraient pas plus que les hommes d'arrêter leur formation en cours de cursus, **elles déclarent majoritairement ne pas vouloir refaire les mêmes études** avec un taux de 33,9% versus 13,3% ($p = 0,029$). Aucune différence statistiquement significative n'est observée dans leurs relations interprofessionnelles mis à part qu'**elle se sentent moins dépréciées ou humiliées que leurs co-internes hommes**, 70% des hommes vs 47,6% des femmes ($p = 0,03$)

Aucune différence significative ne fut relevée sur le plan organisationnel.

Selon les résultats, **les femmes déclarent moins d'assurance quant aux connaissances théoriques** avec un taux de 60% chez les hommes vs 35,9% chez les femmes ($p = 0,018$).

Comparaison des résultats du MBI

Afin de mieux déterminer la représentativité de notre échantillon M0-M4, nous avons décidé de comparer les scores moyens des sous dimensions du MBI ainsi que les pourcentages de répondants aux scores pathologiques à ceux du Dr Galam, ainsi qu'à ceux du Dr Guyonnet en début d'étude :

Tableau 3.1 : sous dimensions du MBI comparativement à l'étude du Dr Galam et 1^{er} recueil

Moyenne (écart type) % d'étudiants avec un score pathologique	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
2011 Dr Galam Internes de MG France (n = 4050) (35)	20 (9,4) 16%	9 (5,17) 33,8%	34,8 (7) 38,9%
2014 No Burnout Poitiers, 1 ^{er} recueil M0 (n = 304)	19,48 (10,3) 20,7%	8,7 (5,8) 29,4%	34,9 (7, 6) 28%
2014 No Burnout Poitiers, échantillon M0-M4 (n = 148)	18,5 (9,8) 15,5%	8,3 (5,9) 24,3%	34,4 (7,7) 22,3%

Etant donné que notre échantillon se compose d'étudiants internes, externes et sages-femmes, notre analyse vis à vis de l'étude de 2011 reste limitée mais nous pouvons constater que les scores moyens obtenus aux sous dimensions du MBI de l'échantillon M0-M4 sont similaires à ceux de l'étude de 2011(29, 35) et du premier recueil M0. En effet, à l'aide d'une analyse *t de Student* comparant les moyennes de chaque sous dimension du MBI, nous ne retrouvons aucune différence significative entre les résultats du 1^{er} recueil vs recueil M0-M4 ($p=0,9563$) et les résultats de Dr Galam vs recueil M0-M4 ($p=0,9391$). Ainsi, **notre échantillon reste représentatif des internes de médecine générale Français et du Poitou Charentes.**

En fonction du sexe, aucune différence significative n'est à relever sur les scores moyens des sous dimensions entre les femmes et les hommes. Le Dr Galam constate que le sexe masculin est un facteur de risque significatif pour les sous dimensions morbides d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Les comparaisons sont difficiles car nos analyses sont réalisées en fonction du score moyen et non sur le pourcentage de répondant ayant un score pathologique. L'étude de D. Truchot compare elle les moyennes. L'épuisement émotionnel chez les femmes est significativement plus important et il constate un moindre sentiment d'accomplissement personnel comparativement aux hommes. Nous confirmons cette tendance, mais notre degré de significativité reste supérieur à 0,05 sur notre échantillon.

Concernant le pourcentage d'étudiants avec un score pathologique, le résultat de l'épuisement émotionnel semble comparable à l'étude de 2011, mais nous remarquons une diminution non négligeable pour la dépersonnalisation et un meilleur sentiment d'accomplissement personnel.

Au total, l'analyse de notre échantillon reste limité tant sur l'affectation que sur la répartition selon les années d'études car notre étude est la seule évaluant le SEP sur l'ensemble des étudiants en médecine et maïeutique de Poitiers. Nous remarquons que les internes en MG ont majoritairement répondu probablement par facilité de contact et solidarité. Cependant l'ensemble des données intra-individuelles recueillis est

similaire aux données retrouvées dans la littérature : repartitions homme/femme, statut matrimoniale et enfants, volonté d'arrêt de la formation ou ne pas vouloir refaire les mêmes études, crainte des erreurs médicales et défaut de compétences, leur état de santé psychologique et la sensation de se sentir menacer par le SEP, ainsi que les lieux de stage et orientations désirées. Il est à noter que la charge de travail reste inférieure aux autres études traitant du sujet. Un biais est possible, ayant 35% d'étudiants externes, leurs obligations de permanences à l'hôpital moindre ainsi que leur facilité à prendre du temps libre semblent influencer les résultats. A contrario, certains ont pu intégrer dans leur temps de travail hebdomadaire, leur nombreuses heures de révision pré-ECN. Ayant des scores moyens aux sous dimensions de l'échelle MBI identiques à celle du Dr Galam, notre échantillon semble représentatif des étudiants en médecine Français.

4.2.1.2 Stabilité temporelle

Comme nous avons pu le préciser dans les résultats, le coefficient de corrélation intraclass (CCI) permet d'étudier le degré d'association entre les moyennes des sous dimensions du MBI à M0 et à M4. Il est souvent utilisé pour évaluer la concordance ou fidélité entre juges ou évaluateurs lorsque les mesures sont exprimées en variables quantitatives. La reproductibilité est généralement interprétée de la façon suivante :

- faible < 0,5
- Moyenne 0,5 – 0,75
- Forte > 0,75

Les corrélations intraclasses sont significatives avec un $p < 0,0001$. Les valeurs des coefficients intraclasses sont comprises entre 0,5 et 0,75 et le degré de concordance est ainsi modéré. Au total, il existe bien une bien une concordance significative pour chaque sous dimensions du MBI entre les score de M0 et M4. La fidélité test-retest pour la version traduite du MBI est satisfaisante sur un intervalle de 4 mois sur notre population étudiée justifiant ainsi la méthodologie de l'étude No Burnout *Poitiers*.

4.3 Echantillon M4

4.3.1 Sociodémographie

Grace au travail d'Orane Quellard, **463 étudiants soit 25,5% ont répondu au 2^{ème} recueil M4** du 3 Novembre 2014 contre 303 étudiants soit 16,7% au 1^{er} recueil M0. L'implication des professeurs et la présentation de notre étude auprès des étudiants nous ont permis de majorer le taux de réponse de 8%.

Nous pouvons dire que **les femmes ont encore une fois majoritairement répondu à l'étude avec un taux de 71% vs 29% d'homme**, car elles représentent 59,7% de la population cible.

Nous recensons principalement une implication plus importante des internes (46,7% des internes soit plus de 19,6%) et des sages-femmes (48% des sages-femmes soit plus de 23%). Notre proximité avec les sages-femmes et les internes de MG a probablement amplifié cet effet rebond.

Les 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème} années de médecine ont été les plus réceptifs avec plus de 30 étudiants supplémentaires au 2^{ème} recueil soit environ 15% de plus pour chaque promotion. L'internat approchant, les étudiants des deux dernières années d'externat ont été probablement plus sensibles à nos interventions, aux résultats du 1^{er} recueil présentés et aux solutions à venir.

Les réponses au questionnaire sociodémographique restent similaires aux résultats à ceux du premier recueil.

Sur le plan du travail :

59,5% effectuent leurs stages en au CHU et 28,3% en hôpital périphérique soit une majoration de 9% des étudiants hospitaliers par rapport au premier recueil. De plus, il est à noter que les étudiants en période d'examen sont près de 40% soit une augmentation de 26,7%. Cette observation va de paire avec une augmentation de 11% d'étudiants travaillant 50 à 60 h par semaine, avec moins de temps à consacrer à leur loisir ainsi qu'à leur travail personnel avec respectivement une diminution de 9 et 7% par rapport au premier recueil. Près de 45% ont envisagé d'arrêter leur formation soit une augmentation de 6,6% et 67% ne referait pas les mêmes études. Cependant 40% ne se sentent pas menacés par le SEP ces 3 dernier mois soit une augmentation de 8%, pouvant être expliqué d'une part par la période de vacances des externes représentant 42% des répondants et d'autre part, parler du stress ressenti aux proches est majoré à près de 80% semblant être un facteur protecteur.

Sur le plan de la santé :

Nous constatons que les pensées suicidaire aux cours de l'année dernière et l'actuelle pris en en charge psychologique restent stables avec respectivement 15,8% et 6,4%. L'intoxication quotidienne de cigarette (14,6%), alcool (0,9%), et prise d'anxiolytique (9,6%) restent stables.

4.3.2 Echelle MBI, IRI, HAD

Tableau 3.3 : sous dimensions du MBI comparativement à l'étude du Dr Galam, recueil M0 et M0-M4

Moyenne (écart type) % d'étudiants avec un score pathologique	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
2011 Dr Galam Internes de MG France (n = 4050) (35)	20 (9,4) 16%	9 (5,17) 33,8%	34,8 (7) 38,9%
2014 No Burnout Poitiers, 1 ^{er} recueil M0 (n = 304)	19,48 (10,3) 20,7%	8,7 (5,8) 29,4%	34,9 (7, 6) 28%
2014 No Burnout Poitiers, échantillon M0-M4 (n = 148)	18,5 (9,8) 15,5%	8,3 (5,9) 24,3%	34,4 (7,7) 22,3%
2014 No Burnout Poitiers, 2 ^{er} recueil M4 (n = 463)	19,9 (11) 20,3	8,5 (5,6) 26,8	35,5 (7,5) 32,6

Nous avons utilisé une analyse statistique *t de Student* pour comparer les moyennes (variables quantitatives) d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel entre le 2^{ème} recueil et le premier, ainsi qu'avec les résultats du Dr Galam en émettant l'hypothèse H_0 que ces moyennes sont identiques. Au total, nous n'avons retrouvé aucune différence significative entre les moyennes présentées au 1^{er} recueil vs 2^{ème} recueil ($p = 0,9812$) et au 1^{er} recueil vs étude du Dr Galam ($p = 0,9976$). **Nous pouvons dire que les scores moyens obtenues aux sous échelles du MBI aux 2^{ème} recueil M4 sont proches de ceux obtenues de l'étude du Dr Galam et du 1^{er} recueil M0.**

Ayant un échantillon 3 fois plus important par rapport à l'échantillon M0-M4, l'étude de l'ensemble des répondants de M0 bénéficie d'une puissance majorée avec des résultats aux sous dimensions du MBI probablement plus représentatifs de la réalité, ce que nous confirme les pourcentages d'étudiants ayant un score pathologique se rapprochant d'avantage des résultats du premier recueil. Cependant, nous pouvons remarquer un pourcentage d'étudiants présentant **un score de dépersonnalisation pathologique moins important et un meilleur score d'accomplissement personnel à M4 par rapport à M0**. Ces résultats tendent à confirmer l'hypothèse de Christina Maslach ; Le SEP débiterait par l'apparition de l'épuisement émotionnel associée en parallèle à la dépersonnalisation comme moyen de défense contre le SEP, et c'est l'association des deux qui conduirait à la baisse de l'accomplissement personnel.

Nous rappelons que notre échantillon présente 40% d'étudiants en période d'examen, une majorité travaillant en centre hospitalier avec des horaires de travail hebdomadaire plus importants par rapport au recueil de M4. Cela va l'encontre des affirmations du Dr Truchot (31), et du Dr Galam (29, 35) considérant que le travail hospitalier, l'augmentation de la quantité de travail et du nombre d'heure hebdomadaire ainsi que la diminution du temps consacré aux loisirs majoreraient l'épuisement émotionnel et diminueraient l'accomplissement personnel. Mais Il est à noter que nos étudiants se sentent moins menacés par le SEP (moins 8% par rapport à M0) et parlent mieux du stress ressenti à leur proche. Ceux-ci pourraient être des facteurs protecteurs comme cela est démontré dans l'étude de 2011. Encore une fois, n'ayant pas les mêmes échantillons que le Dr Galam et n'ayant pas fait d'étude sur les liens significatifs entre critères sociodémographiques et les sous échelles du MBI, nous resterons prudents sur cette analyse.

Nous constatons dans l'analyse que des degrés de SEP sont aggravés comparativement aux résultats du 1^{er} recueil M0 : 0,6 % ont un SEP élevé vs 0,33%, 16,2% ont un SEP modéré vs 12,2%, 210 étudiants soit 45,4% ont un SEP bas vs 37,6% , 29,2% n'ont pas de SEP vs 28,4%.

Finalement les affirmations du Dr Galam sur la charge de travail pourraient se vérifier d'avantage sur le degré de SEP que sur l'analyse des sous dimension du MBI.

Nos scores aux sous échelles IRI pour l'empathie et HAD pour les troubles anxio-depressifs sont parfaitement similaires à ceux retrouvés au 1^{er} recueil :

Le score moyen de l'empathie cognitive à M0 est 36,2 vs 35,1:

- score moyen de la « prise de perspective », perspective taking (PT) est 17,9 vs 17,8;
- score moyen de la « fantaisie », fantasy (FS) est 18,3 vs 17,2.

Le score moyen de l'empathie émotionnelle est 32,9 vs 32,8 :

- score moyen du « souci empathique », empathic concern (EC) est 20,1 vs 20,1 ;
- score moyen de la « détresse personnelle », personal distress (PD) est 12,8. Vs 12,4

Score moyen global est de 12,6 vs 12,2.

Score moyen de la sous échelle Anxiété : 8,5 vs 8,2

Score moyen de la sous échelle Dépression est 4,1 vs 3,9.

4.3.3 Analyse en fonction de l'année d'étude

Concernant l'épuisement émotionnel : comme le démontre le Dr Truchot (36) nos moyennes d'EE des 6 premières années tendent à s'aggraver aux cours de l'externat jusqu'en 6^{ème} année, puis à s'infléchir aux cours des années d'internat contrairement aux analyses du Dr Galam (29, 35). A noter une forte aggravation à la 11^{ème} année correspondant principalement aux internes de spécialité.

La dépersonnalisation : avec un score moyen de 10,7, un pic de cynisme est révélé en 3^{ème} année de médecine (vs 7,8 en 4^{ème} année) avec par la suite une aggravation progressive jusqu'en 6^{ème} année d'étude ; analyse similaire à l'étude du Dr Truchot (36). A partir de la 1^{ère}

année d'internat nous notons une diminution progressive avec un nouveau pic en 11^{ème} année. Concernant les années d'internat, l'évolution des scores moyens du cynisme tendent d'avantage à se rapprocher de l'étude du Dr Galam (29, 35) contrairement à l'étude du Dr Truchot (36) où les résultats tendaient à s'aggraver tout au long de l'internat.

Comme le constate les deux études comparatives, l'accomplissement personnel s'améliore progressivement au cours des années d'étude avec un score de 33,3 en 3^{ème} année d'étude jusqu'à 37,2 en 10^{ème} année.

En résumé, nous remarquons un épuisement émotionnel plus élevé en cours d'externat par rapport à l'internat avec un pic en 6^{ème} année d'étude. Le cynisme tend à s'accroître lors de l'externat puis à s'infléchir en cours d'internat contrairement à l'accomplissement personnel qui s'améliore au cours des années d'étude. Nous pouvons constater une forte majoration de l'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation correspondant aux internes de spécialité avec une diminution de l'accomplissement personnel.

Nous avons mis en évidence dans les résultats suivant :

- Mis a part en 3^{ème} année d'étude où les scores sont faibles, l'empathie cognitive tend à s'infléchir parallèlement à la sous dimension fantaisie au cours des années d'étude. La même tendance concernant l'empathie émotionnelle est observée aux cours des 3 premières années d'internat avec un pic en 11^{ème} année d'étude parallèlement à la sous dimension détresse personnelle. Ainsi, nous confirmons deux études réalisées aux Etats-Unis en 2006 (Université de Boston) et 2012 démontrant que l'empathie diminuait au cours des années d'étude en médecine (83, 84). Le logiciel ne nous a pas permis de présenter l'écart type des scores moyens des sous dimensions de l'empathie pour la 1^{er} année d'étude des sages-femmes.
- Les troubles anxio-dépressifs sont plus importants aux cours des années d'externat que lors de l'internat avec un pic en 6^{ème} et 11^{ème} année d'étude. Il est à remarquer que les évolutions respectives de l'anxiété et de la dépression sont similaires.

Il est à noter que l'analyse des scores du SEP, de l'empathie et des troubles anxio-dépressifs en fonction de l'année d'étude n'est qu'uniquement descriptive. Une étude statistique étudiant le degré de signification des différences année par année aurait pu être intéressante.

4.3.4 Etude de corrélation

Lors de l'interprétation de nos résultats, nous avons pu remarquer que notre étude de corrélation du 2^{ème} recueil est très proche de celle du 1^{er} recueil réalisée par le Dr Gyonnet.

Les résultats montrent une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la détresse personnelle, ainsi qu'avec l'empathie émotionnelle. Cette dernière ne fut pas retrouvée au 1^{er} recueil. La détresse personnelle étant une sous échelle de l'empathie émotionnel, cette corrélation est en accord avec l'interprétation de l'échelle IRI.

Il en est de même pour l'accomplissement personnel. En effet Il existe une corrélation négative entre l'accomplissement personnel et la détresse personnelle ainsi qu'avec l'empathie

émotionnelle.

Il existe bien une corrélation négative entre la dépersonnalisation et le souci empathique.

Les données retrouvées dans la littérature confirment cette tendance. Comparativement avec l'étude multicentrique de 2014 (86), la dépersonnalisation est en effet liée à des scores faibles de souci empathique. Mais aucun lien ne fut retrouvé avec la prise de perspective. Il en est de même avec l'accomplissement personnel associé à des scores bas de détresse personnelle mais pas de lien avec la prise de perspective. Nous sommes en accord avec l'étude de 2007 conduite aux Etats-Unis (85). Nous constatons également une corrélation inverse entre la dépersonnalisation et l'empathie, et une corrélation entre l'accomplissement personnel et l'empathie. En France, concernant l'étude de 2013 sur 294 médecins généralistes, nous retrouvons bien une corrélation entre empathie et SEP (82). Elle suggère qu'un bas niveau d'empathie cognitive serait un facteur de risque de SEP, mais l'analyse statistique utilisée dans notre étude ne nous permet pas d'établir un lien de cause à effet.

Nous remarquons une amplification des corrélations entre chacune des sous dimension du MBI et les troubles anxio-dépressifs évalué par l'HAD par rapport au 1^{er} recueil. En effet, il existe une corrélation positive entre épuisement émotionnel, dépersonnalisation et les scores de dépression, d'anxiété et du score total du HAD ; ainsi qu'une corrélation négative entre l'accomplissement personnel et les troubles anxio-dépressifs. Ces résultats ne sont pas étonnants car les probabilités d'erreur de corrélation « p » du Dr Guyonnet restaient faibles.

Concernant l'IRI et HAD, nous constatons une corrélation positive entre détresse personnelle et les troubles anxio-dépressifs ainsi qu'une corrélation positive entre l'empathie émotionnelle et l'anxiété. A noter que le degré de signification de corrélation positive entre empathie émotionnelle et dépression est de 0,0060. Les résultats sont similaires à ceux retrouvé au 1^{er} recueil.

Au cours de nos analyses, nous avons pu remarquer que les moyennes de deux groupes (groupe SEP fort ou moyen et groupe SEP faible ou absent) sont significativement différentes en ce qui concerne l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel, mais pas la dépersonnalisation. Cette différence significative vont de paire avec l'analyse suivante : moyennes des deux groupes significativement différentes pour les scores de détresse personnel, empathie émotionnel mais aussi avec la prise de perspective. Ces analyses appuient nos résultats de corrélation et confirme sans aucun doute un lien entre le SEP et l'empathie que nous nous efforçons d'établir. Il serait intéressant d'étudier au cours de l'année d'étude, l'évolution des liens aussi bien sur le groupe témoin que sur ceux du groupe SECCA et MPC.

4.4 Perspective

En accord avec les données de la littérature, nous retrouvons une forte prévalence du SEP avec un haut niveau de pourcentage d'étudiants présentant un score pathologique à chaque sous dimension de l'échelle MBI. Ces résultats confirment qu'un dépistage et une stratégie de prise en charge doivent être entrepris rapidement.

Grâce à de nombreuses études impliquant les médecins et étudiants en médecine, de nombreux facteurs d'influence ont été identifiés. Ses professionnels ont pu émettre des avis sur les solutions à apporter dans leurs pratiques quotidiennes. Mais force est à constater que ses mesures collectives sont souvent insuffisantes, difficiles à mettre en place ou ne sont que trop peu connues et donc peu utilisées. Une nouvelle voie serait d'agir sur le plan individuel en mettant à disposition des étudiants des outils pour prévenir l'épuisement professionnel. C'est ce que l'étude No Burnout propose.

A travers notre analyse, nous avons pu confirmer de nombreux liens significatifs entre le SEP, les troubles anxio-dépressifs et l'empathie. La confirmation de ces corrélations ouvre de nouvelles perspectives sur la prise en charge des étudiants en médecine.

Notre groupe de travail met ainsi l'accent sur 2 thérapies cognitivo-comportementales.

La première est la méditation pleine conscience. Elle a fait ces preuves dans de nombreuses études impliquant les personnels soignants. La pratique de cette thérapie permettrait de diminuer les SEP, les troubles anxio-dépressifs mais aussi l'empathie avec un retentissement indéniable dans la qualité des soins délivrés (96, 97, 98). Étant reconnue, validée et enseignée dans plus d'une centaine d'hôpitaux et d'universités américaines et européennes, il nous paraît indispensable de l'évaluer auprès de nos étudiants.

La grille SECCA est depuis longtemps utilisée par les psychologues dans la prise en charge des troubles anxio-dépressifs (99, 100). Elle est utilisée comme une auto-analyse d'une situation anxiogène subie par le sujet. Les réponses apportées par celui-ci sur sa propre analyse de situation lui permettraient ainsi de mieux appréhender d'autres situations similaires avec un degré d'anxiété moindre. Il s'agit d'un outil validé par la communauté scientifique et utilisé comme thérapie cognitivo-comportementale. Il s'agit notamment d'un outil utilisé chez les personnes souffrant d'un burnout syndrome et stress post traumatique (101). Ayant une corrélation significative entre SEP et les troubles anxio-dépressifs, l'étude de cette thérapie sur la prévention du SEP nous semble être une piste de travail intéressante.

L'étude No Burnout Poitiers se propose d'évaluer l'efficacité de ces 2 outils inspirés de thérapies cognitivo-comportementales sur les différentes composantes du MBI. Le retentissement sur l'empathie et les troubles anxio-dépressifs sera bien entendu parallèlement étudié. Dans le cas d'une efficacité prouvée, l'enseignement de ces outils permettrait aux étudiants et donc aux futurs médecins de disposer d'un outil connu, validé et simple d'utilisation leur permettant de lutter contre l'épuisement professionnel et ses retentissements.

5 Conclusion

Notre étude nous a permis de confirmer la cohérence de la méthodologie choisie de l'étude « No Burnout Poitiers ». Compte tenu d'une évaluation trimestrielle des groupes d'étudiants témoins et test, il fut indispensable de vérifier la fidélité test-retest pour la version traduite du MBI sur un trimestre sans intervention. Notre analyse démontre bien une concordance significative pour chaque sous-dimension de l'échelle MBI entre les scores de M0 et M4. Ainsi la fidélité de l'échelle est satisfaisante sur un intervalle de 4 mois sur notre population étudiée. L'évaluation des thérapies testées peut maintenant être effectuée de façon objective et méthodologique.

La deuxième partie de l'étude nous a permis de faire le point sur le niveau de SEP, d'empathie et de troubles anxio-dépressifs de l'ensemble des répondants au recueil de Novembre 2014 avant randomisation. Après l'étude qualitative du Dr Quellard, nous avons adapté notre méthodologie de recueil et donc majoré le nombre de questionnaires analysés de 15%. Pour une vision plus fine, nous avons proposé une analyse descriptive du SEP, empathie et troubles anxio-dépressifs en fonction de l'année d'étude. Il est à noter que nous avons constaté une aggravation du degré de SEP comparativement aux résultats du 1^{er} recueil MO. Bien qu'aucune analyse ne fut réalisée sur le degré de signification des différences des degrés de SEP rencontré sur 4 mois, il s'agira d'un point de réflexion essentiel par la suite dans l'étude d'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales testés chez le groupe test versus le groupe témoin.

Nous avons pu notamment confirmer l'existence de corrélation entre les 3 facteurs étudiés initialement établis par le Dr Guyonnet, nous ouvrant ainsi de nouvelle perspective dans la prévention du SEP.

Une fois la cohérence interne validée, deux questions se posent aujourd'hui : comment va évoluer le niveau d'épuisement des étudiants au cours de l'année d'étude dans chacun des groupes étudiés ? Les thérapies testées vont-elles influencer l'épuisement professionnel ?

Les réponses dans les travaux de l'étude « No Burnout Poitiers » à venir.

« Au service des patients, les médecins oublient parfois qu'ils sont eux-mêmes des patients potentiels » (15)

Bibliographie

1. Conditions, European Foundation for the Improvement of Living and Working. « Preventing stress at work ». <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/health/stress/>.
2. La Rosa-Rodriguez, Emilio, Hervé Le Clesiau, Gérard Dubois, Jean-Luc Izard, Michel Bonin, Julien Bordron, et Deborah Neveu. « Évaluation du stress au travail après mesures de prévention dans une caisse de retraite ». *Santé Publique* Vol. 25, n° 1 (1 mars 2013): 59-67.
3. Work, European Agency for Safety and Health at. « OSH in figures: stress at work — facts and figures ». File. https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work/view.
4. Joly J, De Vendeuil, Richard. Le poids des maux au travail. *L'express*. 2009 oct 8
5. « Le stress au travail. Sondage ANACT/CSA 2009 ». http://www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=6029334
6. Cherniss, Cary. *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Sage Publications, 1980.
7. Tissot, Samuel Auguste David, et Guillaume Scipion BERTRAND DE SAINT-GERMAIN. *De la santé des gens de lettres*, 1859.
8. Veil C. « Primum non nocere ». Les états d'épuisement. *Le concours médical*, 1959, p. 2675-2681
9. Bradley, H. B. « Community-Based Treatment for Young Adult Offenders ». *Crime & Delinquency* 15, n° 3 (7 janvier 1969): 359-370. doi:10.1177/001112876901500307.
10. Freudenberger, Herbert J. « Staff Burn-Out ». *Journal of Social Issues* 30, n° 1 (1 janvier 1974): 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
11. Freudenberger, Herbert J. *Burn Out: How to Beat the High Cost of Success*. Bantam, 1980.
12. Maslach C. Burned out, *Human Behavior*, 1976.
13. Maslach, Christina, et Susan E. Jackson. « The Measurement of Experienced Burnout ». *Journal of Organizational Behavior* 2, n° 2 (1 avril 1981): 99-113. doi:10.1002/job.4030020205.
14. Allocution de Catherine Le Galès-Camus de l'Organisation mondiale de la Santé. La santé est l'affaire de tous : les arguments économiques en faveur d'une bonne santé en milieu de travail, Conférence de Montréal, 1^{er} juin 2005.
15. Estry-Béhar, Madeleine. *Risques professionnels et santé des médecins*. Masson, 2002.
16. Soler, Jean Karl, Hakan Yaman, Magdalena Esteve, Frank Dobbs, Radost Spiridonova Asenova, Milica Katić, Zlata Ožvačić, et al. « Burnout in European Family Doctors: The EGPRN Study ». *Family Practice* 25, n° 4 (1 août 2008): 245-265. doi:10.1093/fampra/cmn038.
17. Houkes, Inge, Yvonne Winants, Mascha Twellaar, et Petra Verdonk. « Development of Burnout over Time and the Causal Order of the Three Dimensions of Burnout among Male and Female GPs. A Three-Wave Panel Study ». *BMC Public Health* 11, n° 1 (18 avril 2011): 240. doi:10.1186/1471-2458-11-240.
18. Truchot Didier. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche URML Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims Département de Psychologie ; 2001.
19. Truchot Didier. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne ; 2002.
20. Truchot Didier. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes - Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. Avril 2004.
21. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens. Etude réalisée par l'URML d'Ile de France (Union régionale des médecins libéraux). Juin 2007
22. Vaquin-Villeminy C. Prévalence du burnout en médecine générale. Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Thèse de médecine générale. 2007.
23. Grau, Armand, Rosa Suñer, et María M. García. « [Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors] ». *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S* 19, n° 6 (décembre 2005): 463-470.
24. Doppia, M. -A., M. Estry-Béhar, C. Fry, K. Guetarni, et T. Lieutaud. « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) ». *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 30, n° 11 (novembre 2011): 782-794. doi:10.1016/j.annfar.2011.05.011.
25. Rosenthal, Julie M., et Susan Okie. « White Coat, Mood Indigo — Depression in Medical School ». *New England Journal of Medicine* 353, n° 11 (2005): 1085-1088. doi:10.1056/NEJMp058183.
26. IsHak, Waguih William, Sara Lederer, Carla Mandili, Rose Nikraves, Laurie Seligman, Monisha Vasa, Dotun Ogunyemi, et Carol A. Bernstein. « Burnout During Residency Training: A Literature

- Review ». *Journal of Graduate Medical Education* 1, n° 2 (1 décembre 2009): 236-242. doi:10.4300/JGME-D-09-00054.1.
27. Dyrbye, Liselotte N., Colin P. West, Daniel Satele, Sonja Boone, Litjen Tan, Jeff Sloan, et Tait D. Shanafelt. « Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population: » *Academic Medicine* 89, n° 3 (mars 2014): 443-451. doi:10.1097/ACM.000000000000134.
 28. Ishak, Waguih, Rose Nikraves, Sara Lederer, Robert Perry, Dotun Ogunyemi, et Carol Bernstein. « Burnout in Medical Students: A Systematic Review ». *The Clinical Teacher* 10, n° 4 (août 2013): 242-245. doi:10.1111/tct.12014.
 29. Galam, Eric, Valérie Komly, Antoine Le Tourneur, et Jérôme Jund. « Burnout among French GPs in Training: A Cross-Sectional Study ». *British Journal of General Practice* 63, n° 608 (1 mars 2013): e217-24. doi:10.3399/bjgp13X664270.
 30. Guinaud, Marianne. *Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés*, 2006.
 31. Merine, *petit burn-out deviendra grand*, 2004.
 32. Pittaco M. *Les internes sont ils en burnout?* 2009.
 33. Barbarin, Bénédicte. *Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale: enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008*, 2009.
 34. Ernst, Myriam. *Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg: prévalence et analyse d'entretiens*, 2009.
 35. Komly, Valérie, et Antoine Le Tourneur. *Burn Out des internes en médecine générale: Etat des lieux et perspectives en France métropolitaine, Avril 2011*. Editions universitaires européennes EUE, 2012.
 36. Truchot D. Le burn out des étudiants en médecine. Champagne Ardenne : 70 Rapport URML de Champagne Ardenne ;2006. http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burnout_etudiant.pdf consulté le 12 novembre 2014
 37. Mazas-Weyne L. « Évaluation du burn out chez les externes en DCEM2 de la Faculté Paris Descartes. » Thèse de 2012. <http://194.254.89.18/STOCK/theses/Mazas2012.pdf>. Consulté le 1 Janvier 2014.
 38. Hastoy Anita. « Burnout en maternité de niveau III : étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguier ». Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2013.
 39. Mollart, Lyndall, Virginia M. Skinner, Carol Newing, et Maralyn Foureur. « Factors That May Influence Midwives Work-Related Stress and Burnout ». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 26, n° 1 (mars 2013): 26-32. doi:10.1016/j.wombi.2011.08.002.
 40. « CatherasBegonLaporteBoisTruchot2004.pdf » <http://www.choixdecariere.com/pdf/6573/2010/CatherasBegonLaporteBoisTruchot2004.pdf>.
 41. Rosenthal, Julie M., et Susan Okie. « White Coat, Mood Indigo — Depression in Medical School ». *New England Journal of Medicine* 353, n° 11 (2005): 1085-1088. doi:10.1056/NEJMp058183.
 42. Estryn-Behar, M., E. Ben-Brik, O. Le Nézet, A. Affre, P. Arbieu, M. Bedel, N. Bonnet, et al. « La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002: Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT ». *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 65, n° 5 (septembre 2004): 413-37. doi:10.1016/S1775-8785(04)93483-2.
 43. Conseil National de l'Ordre des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. Résultats année 2006
 44. Toker, Sharon, Samuel Melamed, Shlomo Berliner, David Zeltser, et Itzhak Shapira. « Burnout and Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Study of 8838 Employees ». *Psychosomatic Medicine* 74, n° 8 (octobre 2012): 840-847.
 45. Melamed, Samuel, Arie Shirom, Sharon Toker, et Itzhak Shapira. « Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons ». *Psychosomatic Medicine* 68, n° 6 (décembre 2006): 863-869.
 46. Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations de la CARMF ; N° 53 ; décembre 2006. « [infocarmf532006.pdf](http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/53-2006/images/infocarmf532006.pdf) ». <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/53-2006/images/infocarmf532006.pdf>
 47. Ahola K. *Occupational Burn-Out and Health*, Finnish Intitut of Occupational Health, Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampereen, 2007.
 48. Mion, G, N Libert, et D Journois. « [Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care] ». *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 32, n° 3 (mars 2013): 175-188.
 49. Léopold Yves. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins ; Octobre 2003.
 50. West, Colin P, Mashele M Huschka, Paul J Novotny, Jeff A Sloan, Joseph C Kolars, Thomas M Habermann, et Tait D Shanafelt. « Association of Perceived Medical Errors with Resident Distress

- and Empathy: A Prospective Longitudinal Study ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 296, n° 9 (6 septembre 2006): 1071-1078.
51. Dyrbye LN, Massie F, Eacker A, et al. « Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among us medical students ». *JAMA* 304, n° 11(15septembre2010):1173-80.doi:10.1001/jama.2010.1318.
 52. ZETER, Christophe. « Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes », 2004.
 53. Cebrià, J., J. Sobrequés, C. Rodríguez, et J. Segura. « [Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians] ». *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S* 17, n° 6 (décembre 2003): 483-89.
 54. Association pour la Promotion des Soins aux Soignants
Lien internet : <http://www.apss-sante.fr>
 55. Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
Lien internet : <http://www.aapml.fr>
 56. « La souffrance du soignant », Groupe Pasteur Mutualité. Lien internet : <http://www.souffrancedusoignant.fr>
 57. Conseil National de l'Ordre des médecins
Lien internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr/entraide-1243>
 58. Despland, J. -N. « L'évaluation des psychothérapies ». *L'Encéphale* 32, n° 6, Part 2 (décembre 2006): 1037-46. doi:10.1016/S0013-7006(06)76282-0.
 59. The Cochrane Collaboration, éd. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 1996. <http://fr.summaries.cochrane.org/CD004690/therapie-cognitive-comportementale-pour-lanxiete-chez-les-enfants-et-les-jeunes>.
 60. Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. 3. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012
 61. Goodman, Matthew J., et John B. Schorling. « A Mindfulness Course Decreases Burnout and Improves Well-Being among Healthcare Providers ». *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 43, n° 2 (1 janvier 2012): 119-28. doi:10.2190/PM.43.2.b.
 62. R. Vischer, *Über das optische Formgefühl, ein Beitrag zur Ästhetik* (« Le sentiment optique de la forme, Contribution à l'esthétique »), Julius Oscar Galler, 1873. Traduction française, Maurice Elie, *Aux origines de l'Empathie*, Éditions Ovadia, 2009, p. 57-100.
 63. Carl R. Rogers « empathique : Qualification d'une manière d'être non apprécié à sa juste valeur ». centre pour l'étude de la personne. Californie. <http://deployezvosailles.free.fr/Carlrogers/Empathique.pdf> consulté le 1 Janvier 2014.
 64. J Cosnier, *Psychologie des émotions et des sentiments*, Retz, 1994.
 65. J. Cosnier et M.L. Brunel.: Empathy, micro affects and conversational interactions , dans N H. Frijda, *Proceedings of the VIIIth conference of the international society for research on emotions*, ISRE Publications, 1994.
 66. Lawrence EJ, Shaw P, Giampietro VP, Surguladze S, Brammer MJ, David AS. The role of "shared representations" in social perception and empathy: an fMRI study. *Neuroimage* 2006 février ; 29 : 1173-1184.
 67. Pacherie, Elisabeth. « L'empathie et ses degrés ». *L'empathie*, 2004, 149-81.
 68. Gelhaus, Petra. « The Desired Moral Attitude of the Physician: (I) Empathy ». *Medicine, Health Care and Philosophy* 15, n° 2 (1 mai 2012): 103-13. doi:10.1007/s11019-011-9366-4.
 69. Gelhaus, Petra. « The Desired Moral Attitude of the Physician: (II) Compassion ». *Medicine, Health Care and Philosophy* 15, n° 4 (1 novembre 2012): 397-410. doi:10.1007/s11019-011-9368-2.
 70. Gelhaus, Petra. « The Desired Moral Attitude of the Physician: (III) Care ». *Medicine, Health Care and Philosophy* 16, n° 2 (1 mai 2013): 125-39. doi:10.1007/s11019-012-9380-1.
 71. Présentation du D.E.S, 24 novembre 2012, http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/ consulté le 17 décembre 2014.
 72. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York, NY: Springer; 2007.
 73. Hojat, M, J S Gonnella, S Mangione, T J Nasca, J J Veloski, J B Erdmann, C A Callahan, et M Magee. « Empathy in Medical Students as Related to Academic Performance, Clinical Competence and Gender ». *Medical Education* 36, n° 6 (1 juin 2002): 522-27. doi:10.1046/j.1365-2923.2002.01234.x.
 74. Stewart, M A. « Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. » *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 152, n° 9 (1 mai 1995): 1423-33.
 75. Hojat, Mohammadreza, Daniel Z. Louis, Fred W. Markham, Richard Wender, Carol Rabinowitz, et Joseph S. Gonnella. « Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 86, n° 3 (mars 2011): 359-64. doi:10.1097/ACM.0b013e3182086fe1.

76. Canale, Stefano Del, Daniel Z. Louis, Vittorio Maio, Xiaohong Wang, Giuseppina Rossi, Mohammadreza Hojat, et Joseph S. Gonnella. « The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy ». *Academic Medicine* 87, n° 9 (septembre 2012): 1243-49. doi:10.1097/ACM.0b013e3182628fbf.
77. Saultz, John W., et Waleed Albedaiwi. « Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review ». *Annals of Family Medicine* 2, n° 5 (septembre 2004): 445-451.
78. Hall, J. A., D. L. Roter, et N. R. Katz. « Meta-Analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters ». *Medical Care* 26, n° 7 (juillet 1988): 657-75.
79. Beach, Mary Catherine, Jeremy Sugarman, Rachel L. Johnson, Jose J. Arbelaez, Patrick S. Duggan, et Lisa A. Cooper. « Do Patients Treated With Dignity Report Higher Satisfaction, Adherence, and Receipt of Preventive Care? ». *The Annals of Family Medicine* 3, n° 4 (7 janvier 2005): 331-38. doi:10.1370/afm.328.
80. Pollak, Kathryn I., Stewart C. Alexander, James A. Tulsy, Pauline Lyna, Cynthia J. Coffman, Rowena J. Dolor, Pål Gulbrandsen, et Truls Østbye. « Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy ». *The Journal of the American Board of Family Medicine* 24, n° 6 (11 janvier 2011): 665-72. doi:10.3122/jabfm.2011.06.110025.
81. Marchand M. Le medecin de famille doit-il etre empathique ? *Can Fam Physician*. Aout 2010 ; 56(8) : 745-747 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920770/> consulté le 20 novembre 2014.
82. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, et Sultan S. « To Be or Not to Be Empathic: The Combined Role of Empathic Concern and Perspective Taking in Understanding Burnout in General Practice ». *BMC Family Practice* 15 (2014): 15
83. Chen, Daniel, Robert Lew, Warren Hershman, et Jay Orlander. « A Cross-Sectional Measurement of Medical Student Empathy ». *Journal of General Internal Medicine* 22, n° 10 (1 octobre 2007): 1434-38. doi:10.1007/s11606-007-0298-x.
84. Chen, Daniel C. R., Daniel S. Kirshenbaum, Jun Yan, Elaine Kirshenbaum, et Robert H. Aseltine. « Characterizing changes in student empathy throughout medical school ». *Medical Teacher* 34, n° 4 (28 mars 2012): 305-11. doi:10.3109/0142159X.2012.644600.
85. Thomas, Matthew R., Liselotte N. Dyrbye, Jeffrey L. Huntington, Karen L. Lawson, Paul J. Novotny, Jeff A. Sloan, et Tait D. Shanafelt. « How Do Distress and Well-Being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study ». *Journal of General Internal Medicine* 22, n° 2 (1 février 2007): 177-83. doi:10.1007/s11606-006-0039-6.
86. Paro, Helena B. M. S., Paulo S. P. Silveira, Bruno Perotta, Silmar Gannam, Sylvia C. Enns, Renata R. B. Giaxa, Rosuita F. Bonito, Milton A. Martins, et Patricia Z. Tempski. « Empathy among Medical Students: Is There a Relation with Quality of Life and Burnout? ». *PloS One* 9, n° 4 (2014): e94133. doi:10.1371/journal.pone.0094133.
87. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory : manual edition*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1986
88. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson, G. DION, R. TESSIER, Université Laval 1993
89. Davis, Mark H. « Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach ». *Journal of Personality and Social Psychology* 44, n° 1 (1983): 113-126.
90. Echelle d'empathie – Index de réactivité personnelle (IRI) de Davis ; traduction française : N. Jaafari ; M.H Davis et R. Gil. 2014. Validation : N. Jaafari et al.
91. Zigmond, A. S., et R. P. Snaith. « The Hospital Anxiety and Depression Scale ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67, n° 6 (1 juin 1983): 361-70. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
92. Herrmann, Christoph. « International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-A review of validation data and clinical results ». *Journal of Psychosomatic Research* 42, n° 1 (janvier 1997): 17-41
93. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière T. *Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne*. *Ann Méd Psychol*. 1985 a ; 143 (2) : 175-89
94. Lépine JP, Godchau M, Brun P. *Anxiety and depression in inpatients*. *Lancet*. 1985 b ; 2 (8469-70) : 1425-26
95. Kerrien, Margaux, Richard Pougnet, Ronan Garlantézec, Laurence Pougnet, Mickaël Le Galudec, Brice Loddé, et Jean-Dominique Dewitte. « Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine ». *La Presse Médicale*. Consulté le 20 mars 2015. doi:10.1016/j.lpm.2014.06.042.
96. Barbosa Peter, Gaye Raymond, Cheryl Zlotnick, James Wilk, Robert Toomey 3rd, et James Mitchell I 3rd. « Mindfulness-Based Stress Reduction Training Is Associated with Greater Empathy and Reduced

- Anxiety for Graduate Healthcare Students ». *Education for Health* (Abingdon, England) 26, no 1 (avril 2013): 9-14.
97. Shapiro Shauna L., Gary E. Schwartz, et Ginny Bonner. « Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students ». *Journal of Behavioral Medicine* 21, no 6 (1 décembre 1998): 581-599.
98. Warnecke Emma, Stephen Quinn, Kathryn Ogden, Nick Towle, et Mark R Nelson. « A Randomised Controlled Trial of the Effects of Mindfulness Practice on Medical Student Stress Levels ». *Medical Education* 45, no 4 (avril 2011): 381-388.
99. De Vries, Herman. « L'Analyse Comportementale », s. d.
- 100.« mmoire1troublepanique.pdf ». Consulté le 2 avril 2015.
<http://atccoi.t.a.f.unblog.fr/files/2009/02/mmoire1troublepanique.pdf>.
101. Burn-out et stress post-traumatique. Abdel-Halim Boudoukha, Éditeur : Dunod. 2 septembre 2008 ; ISBN : 978-2100524419

Annexe 1 : Maslach Burnout Inventory

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

- 0 Jamais
 1 Quelques fois par année, au moins
 2 Une fois par mois, au moins
 3 Quelques fois par mois
 4 Une fois par semaine
 5 Quelques fois par semaine
 6 Chaque jour

ITEM	FREQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Annexe 2 : Index de Réactivité Interpersonnel

Le questionnaire suivant concerne vos pensées et vos sentiments dans différentes situations. Pour chaque item, indiquez dans quelle mesure la phrase vous correspond en choisissant la lettre appropriée sur l'échelle décrite en haut de cette page: A, B, C, D, ou E.

Quand vous avez choisi votre réponse, cochez la lettre sur la feuille de réponse à côté du numéro de l'item. LISEZ CHAQUE ITEM ATTENTIVEMENT AVANT DE RÉPONDRE.

Répondez le plus honnêtement possible. Merci.

Echelle de cotation :

A	B	C	D	E
Ne me				Me décrit très bien
décrit pas				
vraiment				

1. J'imagine et fantasme assez régulièrement sur des choses qui pourraient m'arriver. (FS)
2. Je suis souvent sensible à l'égard des gens qui ont moins de chance que moi et me préoccupe de leur sort. (EC)
3. J'ai parfois des difficultés à imaginer les choses du point de vue d'une autre personne. (PT) (-)
4. Parfois, je ne me sens pas vraiment désolé pour les autres lorsqu'ils ont des problèmes. (EC) (-)
5. Je m'identifie complètement par les sentiments aux personnages d'un roman (FS)
6. Dans les situations d'urgences, je me sens inquiet et mal à l'aise. (PD)
7. Je suis habituellement objectif (ve) lorsque je regarde un film ou une pièce de théâtre, et je ne me laisse pas souvent captiver entièrement dans l'action. (FS) (-)
8. En cas de désaccord, j'essaie de considérer le point de vue de chacun avant de prendre une décision (PT)
9. Lorsque je vois que l'on profite de quelqu'un, j'éprouve une certaine envie de le protéger. (EC)
10. Quand je me retrouve dans une situation très émouvante, je me sens parfois incapable de réagir. (PD)
11. J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant comment les choses se présentent de leur point de vue. (PT)
12. Se sentir totalement impliqué dans un bon livre ou un bon film est assez rare pour moi. (FS) (-)
13. Lorsque je vois quelqu'un souffrir, j'ai tendance à garder mon sang froid. (PD) (-)
14. Habituellement, le malheur des autres ne me perturbe pas particulièrement. (EC) (-)
15. Si je suis sûr que j'ai raison, je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des autres. (PT) (-)
16. Après avoir vu une pièce de théâtre ou un film, il m'est arrivé de me sentir dans la peau d'un des personnages (FS)
17. Je suis effrayé à l'idée de me retrouver dans une situation émotionnellement tendue. (PD)
18. Lorsque je vois une personne traitée injustement, il m'arrive parfois de ne pas ressentir beaucoup de pitié pour elle. (EC) (-)
19. Je suis habituellement efficace dans la gestion des situations d'urgences. (PD) (-)
20. Je suis souvent touché (e) par des événements dont je suis témoin. (EC)
21. Je crois qu'il y a deux facettes à chaque question et j'essaie de prendre en considération toutes les deux. (PT)
22. Je me décrirais comme une personne qui s'attendrit plutôt facilement. (EC)
23. Lorsque je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place d'un des personnages principaux (FS)
24. J'ai tendance à perdre mon sang-froid dans les situations d'urgence. (PD)
25. Quand je suis en colère contre quelqu'un, j'essaie généralement de me mettre à sa place un

instant. (PT)

26. Lorsque je lis un roman (ou une histoire) intéressant, j'imagine comment je me sentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient. (FS)

27. Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin d'aide dans une situation d'urgence, je perds mes

moyens. (PD)

28. Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place. (PT)

Annexe 3 : Hospital Anxiety and Depression Scale

1. Je me sens tendu, énervé <input type="radio"/> la plupart du temps <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> de temps en temps <input type="radio"/> Jamais
2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement <input type="radio"/> oui, toujours <input type="radio"/> pas autant <input type="radio"/> de plus en plus rarement <input type="radio"/> presque plus du tout
3. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver. <input type="radio"/> oui très nettement <input type="radio"/> oui, mais ce n'est pas trop grave <input type="radio"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="radio"/> pas du tout
4. Je sais rire et voir le côté amusant des choses <input type="radio"/> toujours autant <input type="radio"/> plutôt moins <input type="radio"/> nettement moins <input type="radio"/> plus du tout
5. Je me fais du souci <input type="radio"/> très souvent <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> occasionnellement <input type="radio"/> très occasionnellement
6. Je me sens gai, de bonne humeur <input type="radio"/> jamais

- rarement
- assez souvent
- la plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu

- jamais
- rarement
- oui, en général
- oui, toujours

8. Je me sens ralenti

- pratiquement tout le temps
- très souvent
- quelquefois
- jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge

- très souvent
- assez souvent
- parfois
- jamais

10. j'ai perdu l'intérêt pour mon apparence

- totalement
- je n'y fais plus attention
- je n'y fais plus assez attention
- j'y fais attention comme d'habitude

11. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place

- oui, c'est tout à fait le cas
- un peu
- pas tellement
- pas du tout

12. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses

- comme d'habitude
- plutôt moins qu'avant
- beaucoup moins qu'avant
- pas du tout

13. J'éprouve des sensations de panique

- très souvent

assez souvent

rarement

jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à un bon programme radio ou télévision

souvent

parfois

rarement

pratiquement jamais

Annexe 4 : questionnaire sociodémographique

Questionnaire socio-démographique

A. Données personnelles

Sexe	3e choix/par default
Age	
Situation familiale	1er choix/par default
Nombre d'enfant/personne à charge	
discipline	Medecine / Pharmacie / kinesitherapeute / sage-femme
Année de promotion	2008 / 2009 / 2010 / 2011 / 2012 / 2013 / 2014

B. Stage actuel

Votre stage actuel	CHU / hôpital périphérique / Libérale
Charge de travail hebdomadaire en heure	< 15h / 15-20h / 20-30h / 30-50h / 50-60h / > 60h
Nombre de garde /mois	
Nombre de journée libre/semaine	
Semaine de vacance les 3 mois précédents	
Heures consacrées au travail personnel/semaine	
Avez vous suffisamment de temps à consacrer à	oui/non
Prise en charge fréquente des patients en fin de vie, des soins palliatifs, annonce de diagnostics graves?	oui/non
Facilité de recours au senior	oui/non
Crainte des erreurs médicales	fréquente/peu fréquente/non
Trouvez vous vos connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour votre pratique actuelle?	oui/non
Obligation administrative	Importante/moyenne/peu
Votre travail est reconnu à sa juste valeur?	oui/non
Avez vous déjà été déprécié ou humilié?	oui/non
Vous vous êtes fait crier dessus	oui/non
Violences physiques	oui/non
Harcèlement sexuel	oui/non
Discrimination avec les autres spécialités médicales ou paramédicales?	oui/non
Etes vous en période examen ou évaluation?	oui/non

C. Santé

Nombre de cigarette/jours	< 5 / 5-10 / 10-20 / > 20
Prise d'anxiolytique, hypnotique au cours de ces 3 derniers mois	oui/non
Consultation psychiatre/psychologue	oui/non
Prise d'alcool quotidienne	oui/non
Tentative d'autolyse	oui/non
qualité du sommeil	Bon/moyen/mauvais
Nombre d'absence au travail	

D. Pour finir

Vous sentez vous menacé par le syndrome d'épuisement professionnel?	quotidiennement / plusieurs fois par semaine / moins d'une fois par semaines / quelques jours par mois / non
Parler vous de votre stress ressenti?	porches/internes ou medecins/non
Orientation professionnelle	libérale / CHU / autre activité hospitalière/ je ne sais pas
Avez vous déjà envisagé d'arrêter votre formation	oui/non
... et dans quel delai	année/mois/jour
Referiez vous les mêmes études	oui/non



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Résumé

Introduction : Le syndrome d'épuisement professionnel approche voire dépasse les 40% parmi les professionnels de santé avec une répercussion directe sur la santé physique et psychologique du professionnel ainsi que sur la qualité des soins délivrés. De nombreux travaux démontrent que les étudiants en médecine ne sont pas épargnés. L'étude « *No Burnout Poitiers* » a pour objectif de faire un point sur le niveau d'épuisement professionnel des étudiants en médecine et maïeutique de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers et d'évaluer l'impact de deux outils de thérapie cognitivo-comportementale sur les différentes composantes de l'échelle Maslach Burnout Inventory dit « MBI » tous les 3 mois sur 9 mois d'utilisation. Pour une évaluation objective de l'efficacité de ces thérapies, il fut indispensable de vérifier la cohérence méthodologique de l'étude.

Objectif : Notre objectif principal fut d'évaluer la stabilité temporelle intrapersonnelle de l'échelle MBI sur un trimestre en début d'étude avant l'instauration des thérapies. Nos objectifs secondaires furent d'évaluer le niveau d'épuisement professionnel, d'empathie et de troubles anxio-dépressifs de l'ensemble des étudiants avant randomisation en groupes contrôle et test.

Type d'étude : Nous avons mené une étude en suivi de cohorte d'étudiants en médecine et maïeutique, épidémiologique, observationnelle et prospective. Celle-ci s'est déroulée au sein de la faculté de médecine sur 4 mois. Notre travail s'inscrit dans le cadre de l'étude globale *No Burnout Poitiers* d'une durée estimée à 1 an et 3 mois.

Matériel et méthode : Le SEP a été évalué par l'échelle MBI, l'empathie par le test de Davis Index réactivité Interpersonnelle « IRI » et l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale « HAD » a mesuré l'anxiété et la dépression. Le test statistique utilisé pour l'évaluation de stabilité est le coefficient de corrélation intra-classe permettant d'étudier la corrélation (le degré d'association) entre les moyennes des sous dimensions du MBI à M0 et à M4.

Résultats : Sur 1814 étudiants, 148 ont répondu à la fois au premier et deuxième recueil, soit 8,15%. Au 1^{er} recueil, 53% des étudiants présentent un syndrome d'épuisement professionnel. 15% des étudiants présentent un score d'épuisement émotionnel élevé avec un score moyen de 18,5 au 1^{er} recueil versus 21,1 au 2^{ème} recueil, 24% un score de dépersonnalisation élevé avec un score moyen de 8,3 versus 8,2 et 22% un score d'accomplissement personnel bas avec un score moyen de 34,4 versus 35,2. L'étude de stabilité temporelle retrouve une concordance significative pour chaque sous dimension du MBI ($p < 0,0001$) avec des coefficients de corrélation intraclasses compris entre 0,5 et 0,75.

Grace à une étude qualitative sur les étudiants non répondants nous avons modifié notre promotion d'étude permettant ainsi une majoration de 25,5% des répondants au 2^{ème} recueil soit 463 étudiants. Concernant le SEP, 62% des étudiants présentent un syndrome d'épuisement professionnel, 20% un score d'épuisement émotionnel élevé, 27% un score de dépersonnalisation élevé et 33% un score d'accomplissement personnel bas. Les degrés de SEP se sont aggravés comparativement aux résultats du 1^{er} recueil M0. En effet, 0,6% ont un SEP élevé vs 0,33% au 1^{er} recueil, 16,2% ont un SEP modéré vs 12,2%, 210 étudiants soit 45,4% ont un SEP bas vs 37,6%, 29,2% n'ont pas de SEP vs 28,4%. Il s'agit d'un point important dans l'évaluation trimestrielle de l'efficacité des thérapies testées. Une analyse année par année des sous dimensions du MBI nous permet de préciser l'évolution du SEP au cours du cursus universitaire des étudiants. Concernant l'empathie, le score moyen de l'empathie cognitive est 36,2, le score moyen de l'empathie émotionnelle est 32,9. Pour l'anxiété et la dépression: 29% présentent un trouble anxieux et 6% une dépression. Nos résultats nous ont permis de confirmer les corrélations mis en avant au premier recueil par Dr Guyonnet entre le SEP, l'empathie et les troubles anxio-dépressifs ouvrant de nouvelles perspectives dans la prise en charge de l'épuisement professionnel.

Conclusion : Notre analyse démontre bien une concordance significative pour chaque sous dimension de l'échelle MBI entre les scores de M0 et M4. Ainsi la fidélité temporelle de l'échelle est satisfaisante sur notre population étudiée. Les thérapies testées peuvent maintenant être évaluées de façon objective et méthodologique. La deuxième partie de l'étude nous a permis de faire le point sur le niveau de SEP, d'empathie et de troubles anxio-dépressifs de l'ensemble des répondants et d'en étudier leurs corrélations. En plus d'avoir vérifié la cohérence de la méthodologie choisie de l'étude « *No Burnout Poitiers* », cette étude ouvre de nouvelles pistes de travail et confirme l'importance de mettre en place une prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel adaptée aux étudiants.

Mots clefs : Étude *No Burnout*, syndrome d'épuisement professionnel, burnout, empathie, troubles anxio-dépressifs, étudiants en Médecine, étudiants en Maïeutique.