

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

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

Présentée et soutenue publiquement

le 15 décembre 2014 à Poitiers

par Madame Sara LEMPEREUR - GUYONNET

**Étude Noburnout : corrélation entre empathie et
syndrome d'épuisement professionnel.**

COMPOSITION DU JURY

Président :

- Monsieur le Professeur Nemattolah JAAFARI

Membres :

- Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
- Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA
- Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER

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, cancérologie – 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 t cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
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, cancérologie
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, qui m'a guidée dans mon projet et initiée à la rigueur scientifique. Soyez assuré de ma profonde gratitude pour vos conseils avisés.

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 de mon jury et pour le temps que vous m'accordez malgré votre planning chargé. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

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

Qui a accepté de venir juger ce travail, sans me connaître. Pour votre implication dans la filière universitaire de Médecine Générale qui nous permet une formation de qualité, adaptée à notre pratique. Soyez assuré de ma considération.

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

Qui m'a proposé ce sujet de thèse et qui m'a aidée, par sa disponibilité, ses relectures attentives et ses encouragements, à la rédiger. Je vous remercie pour votre enthousiasme, votre soutien ainsi que pour votre écoute et votre implication. Croyez en mon estime et ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER, Médecin Généraliste.

Je te remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

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

Pour leurs précieux conseils lors du développement du protocole et pour l'analyse statistique de l'ensemble de l'étude.

A Monsieur Jacques PIGNON.

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré, votre disponibilité et votre aide.

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

A l'ensemble des médecins qui m'ont encadrée et qui m'ont aidée à me construire tout au long de mon internat.

A ma famille et mes amis.

SOMMAIRE

Liste des abréviations

INTRODUCTION	p.9
JUSTIFICATION DE L'ETUDE	p.10
1. LE SYNDROME D' EPUISEMENT PROFESSIONNEL	p.10
1.1. Définition du syndrome d'épuisement professionnel (SEP)	p.10
1.2. Le SEP chez les Médecins et les étudiants en Médecine	p.11
1.2.1. Prévalence du SEP chez les médecins	p.11
1.2.2. Facteurs de risque chez les médecins	p.12
1.2.3. Prévalence du SEP chez les étudiants en médecine	p.14
1.2.4. Facteurs associés au SEP chez les étudiants en médecine	p.15
1.3. Conséquences du SEP	p.16
1.3.1. Sur le plan personnel	p.16
1.3.2. Sur la qualité des soins	p.17
1.3.3. Sur la démographie médicale	p.18
1.4. Le SEP et les sages-femmes	p.19
1.5. Prise en Charge et prévention actuelle	p.19
2. L'EMPATHIE	p.21
2.1. Évolution et définitions d'un concept	p.21
2.1.1. Définitions	p.21
2.1.2. L'empathie : uni ou multidimensionnelle	p.21
2.1.3. Distinctions :	p.22
2.1.4. Neurosciences	p.23
2.2. Empathie dans le domaine médical	p.24
2.2.1. Place de l'empathie en Médecine	p.24
2.2.2. L'empathie et les étudiants en Médecine	p.25
2.2.3. Empathie et étudiants en Maïeutique	p.26
2.3. Empathie et soins	p.27
2.3.1. Effets psychologiques	p.27
2.3.2. Effets sur la santé physique	p.27
2.3.3. Effets sur la compliance	p.28
2.4. Empathie et syndrome d'épuisement professionnel	p.28
2.4.1. Effets de l'empathie sur les soignants	p.28
2.4.2. Empathie et SEP de l'étudiant en Médecine	p.30

METHODOLOGIE	p.32
1. DESCRIPTION DE L'ETUDE	p.32
1.1. Objectifs et critères d'évaluations	p.32
1.2. Population étudiée	p.33
1.2.1. Population cible	p.33
1.2.2. Critères d'inclusion	p.33
1.2.3. Critères de non inclusion	p.34
1.2.4. Modalités de recrutement	p.34
1.3. Type de l'étude	p.35
1.4. Lieu et Durée de l'étude	p.35
1.5. Schéma de l'étude globale	p.35
2. INSTRUMENTS D'EVALUATION	p.37
2.1. Maslach Burn-out Inventory (MBI)	p.37
2.2. Index de réactivité Interpersonnelle (IRI)	p.37
2.3. Hospital Anxiety and Depression scale (échelle HAD)	p.38
3. BIBLIOGRAPHIE, DONNES RECEULLIES ET ANALYSES STATISTIQUES	p.38
3.1. Bibliographie	p.38
3.2. Données recueillies	p.39
3.3. Analyses statistiques	p.39
4. CONSIDERATIONS ETHIQUES	p.40
RESULTATS	p.41
1. LES REpondants	p.41
2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	p.42
2.1. Facteurs intra-individuels	p.42
2.2. Facteurs organisationnels	p.46
2.3. Facteurs inter-individuels	p.48
3. EVALUATION DU SEP PAR LE MBI	p.50
3.1. Prévalence du SEP	p.50
3.2. Degré du SEP	p.52
3.3. SEP et sexe	p.52
4. EVALUATION DE L'EMPATHIE PAR L'IRI	p.53
4.1. Scores moyens	p.53
4.2. Empathie et sexe	p.53
5. EVALUATION DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS PAR L'HAD	p.54
5.1. Scores moyens	p.54
5.2. Prévalence	p.54
5.3. HAD et sexe	p.55

6. ETUDES DE CORRELATION	p.55
6.1. Corrélations entre SEP et Empathie	p.55
6.2. Corrélations entre SEP et troubles anxio-dépressifs	p.56
6.3. Corrélations entre Empathie et troubles anxio-dépressifs	p.57
DISCUSSION	p.59
1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	p.59
1.1. Biais de recrutement	p.59
1.2. Biais d'auto-sélection	p.60
1.3. Biais liés aux modalités de l'enquête	p.60
1.4. Biais d'analyse	p.61
2. INTERPRETATIONS DES RESULTATS	p.62
2.1. Caractéristiques de notre échantillon	p.62
2.2. Comparaison des résultats du MBI	p.63
2.3. Évaluation de l'empathie	p.65
2.4. Corrélation entre SEP, empathie et troubles anxio-dépressifs	p.65
3. PERSPECTIVES	p.66
CONCLUSION	p.68
Bibliographie	p.69
Annexes :	
— annexe 1 : Maslach Burn-out Inventory	p.83
— annexe 2 : Index de réactivité Interpersonnelle	p.84
— annexe 3 : Données socio-démographiques	p.86
— annexe 4 : Hospital Anxiety and Depression scale	p.87
Résumé et mots clés	p.89
Serment d'Hippocrate	p.90

Liste des abréviations

SEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel

CIM-10 : Classification internationale des maladies

DSM IV : Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux

MBI : Maslach Burn Out Inventory

EGPRN : European General Practitioner Research Network

URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux

CBI : Copenhaguen Burnout Inventory

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

DCEM 2 : Deuxième Cycle des Études Médicales seconde année

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

JSPE-S : échelle de Jefferson du médecin empathie-Student Version

IRI : Interpersonal Reactivity Index

URC : Unité de Recherche Clinique

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

ENT : Environnement Numérique de Travail

DES : Diplôme d'Études Supérieures

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

EE : Épuisement Emotionnel

DP : Dépersonnalisation

AP : Accomplissement Personnel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SECCA : Stimulus Emotion Cognition Comportement Anticipation

INTRODUCTION

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn out syndrome, est une pathologie à forte prévalence dans la population médicale. Les études sur ce sujet se sont multipliées ces dernières années, sa prévalence et ses lourdes conséquences ne sont plus à démontrer. En revanche, sa prévention et sa prise en charge restent insuffisantes et difficiles à organiser sur le plan collectif. Plusieurs études mettent en évidence la nécessité d'une prise de conscience de ce phénomène et même l'importance d'intégrer au cursus une formation spécifique pour une prise en charge précoce. A l'heure du professionnalisme médical où l'exercice professionnel est centré sur la relation médecin-malade, et où l'empathie est considérée comme une compétence essentielle à acquérir en tant que soignant, il semblerait exister un lien entre les deux.

C'est dans ce contexte que nous avons décidé de réaliser une étude visant à tester l'efficacité d'outils inspirés de thérapies cognitivo-comportementales en tant qu'outils de prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en Médecine et Maïeutique de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. L'étude « No Burnout »

Nous avons réalisé dans un premier temps une étude ayant pour objectifs de déterminer s'il existe une corrélation entre le syndrome d'épuisement professionnel et l'empathie, et de définir les caractéristiques de notre échantillon en vue de l'étude « No BurnOut ».

JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1. LE SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL

1.1. Définition du syndrome d'épuisement professionnel

Le terme de « burn out » ou « syndrome d'épuisement professionnel » (SEP) fut défini pour la première fois en 1969 par le Docteur H.B. BRADLEY comme un stress particulier lié au travail. [1] Puis, en 1974, le psychanalyste H. FREUDENBERGER donnera une première description du SEP en étudiant les bénévoles travaillant au contact de toxicomanes dans sa clinique de New York. Il mettra en évidence des symptômes physiques tels que « l'épuisement, la fatigue, la persistance de rhumes, de maux de tête, de troubles gastro-intestinaux, d'insomnies » , mais aussi des symptômes comportementaux avec un épuisement émotionnel et mental, une incapacité à faire face aux tensions et aux nouvelles situations, ou encore un recours au cynisme. Il définira le SEP comme « *la maladie du battant* ». [1][2][3]

Depuis, les recherches sur le sujet et les définitions se sont multipliées. La définition la plus suivie est celle de Christina MASLACH chercheur en psychologie sociale, et de Susan Jackson, publiée en 1981 : le SEP est un « *syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel chez les individus professionnellement impliqués auprès d'autrui.* »[4]

Dans les années 90, cette définition qui ne concernait que les professions d'aide à la personne s'élargit à toutes les professions. Selon LEITER et SCHAUFELI : « *le burn out est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagé dans leur travail* ».

Les symptômes du SEP sont variés et non spécifiques. On observe aussi bien des symptômes physiques : céphalées, troubles gastro-intestinaux, sensibilité aux infections, troubles du sommeil, troubles alimentaires,... que des symptômes comportementaux : addictions, apathie, agitation, irritabilité, tristesse... sans oublier des symptômes cognitifs : troubles de l'attention, difficultés mnésiques,...

Le diagnostic du SEP n'est pas défini dans la CIM-10 ni dans la DSM-IV, il repose donc sur la définition du syndrome. [5]

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le SEP comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » [6]

Selon MASLACH, il s'agit d'un état psychologique, émotionnel et physiologique qui résulte de l'accumulation de « stressseurs » professionnels. Ce syndrome comporte trois dimensions qui peuvent se succéder ou coexister :

- L'**épuisement émotionnel** qui a un rôle central dans le développement du SEP. Il s'agit d'une sensation de vide, de fatigue physique et psychique entraînant une difficulté à effectuer son travail habituel, de saturation émotionnelle.

- La **dépersonnalisation** ou **cynisme** résulte d'un mécanisme de défense aux « stressseurs » émotionnels, caractérisé par une attitude négative dans sa relation aux autres, relation distante, impersonnelle, pouvant aller jusqu'à l'isolement ou le rejet. L'autre est assimilé à un objet.

- La diminution de l'**accomplissement personnel** : diminution de l'estime de soi, auto-dévalorisation, sentiment d'échec par rapport à ses objectifs, culpabilité.

De ces 3 composantes est né le « Maslach burn out inventory » (MBI), instrument de mesure du SEP reconnu.

1.2. Le SEP chez les Médecins et les étudiants en médecine :

1.2.1. Prévalence du SEP chez les médecins

De nombreuses études ont démontré une forte prévalence du SEP dans la population médicale, il s'agit d'une problématique mondiale.

En 2008, SOLER réalise une enquête européenne (EGPRN, 2008) évaluant la prévalence de l'épuisement professionnel chez 3500 médecins de famille de 12 nationalités différentes. Avec un taux de réponse de 41%, l'étude retrouve un score d'épuisement émotionnel élevé chez 43% des répondants, un score de dépersonnalisation élevé chez 35% des répondants et un score bas d'accomplissement personnel chez 32% des répondants. Au total 12% des répondants ont un score pathologique dans les trois dimensions, et 35% n'ont aucun score pathologique.[7]

En France, une dizaine d'études régionales menées auprès de médecins libéraux ont été réalisées, les résultats sont variables selon les régions mais montrent une forte prévalence. Pour exemple, l'étude menée par l'URLM d'Île de France en 2007, ayant analysé les résultats

sur la base des réponses de 2243 médecins, montre que 53% des médecins libéraux se sentent menacés par le SEP et que les Médecins généralistes sont plus touchés par ce phénomène puisque 60,8% d'entre eux se sentent menacés par le SEP.[8]

En 2003, l'enquête de Didier TRUCHOT, réalisée pour l'URLM de Champagne Ardenne mettait en évidence un score élevé d'épuisement émotionnel chez 42,3% des médecins libéraux répondants (effectif de 408 médecins). Le score de dépersonnalisation était élevé chez 44,5% des cas et le score d'accomplissement personnel était bas dans 37,4% des cas. [9]

Une étude similaire réalisée en 2004 par Didier TRUCHOT, chez 515 médecins généralistes de Poitou-Charentes 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 %.[10]

Les praticiens hospitaliers ne sont pas en reste. L'enquête SESMAT réalisée de 2007 à 2008, a été menée auprès de praticiens exerçant en structure privée ou publique. 3196 questionnaires s'appuyant sur celui de l'étude PRESST-NEXT ont été analysés, et l'épuisement professionnel était mesuré par l'échelle « Copenhague Burnout Inventory » (CBI). Cette enquête constate un épuisement professionnel élevé chez 43,3% des psychiatres et 42,4% dans les autres spécialités avec l'échelle General-CBI, adaptée à tous les métiers. En revanche, avec l'échelle CBI spécifique aux soignants, les psychiatres (30,9%) et les urgentistes(33%) semblent plus touchés par l'épuisement professionnel que les autres spécialités puisque le taux moyen de burn out élevé est de 20,3% toutes spécialités confondues. [11]

La comparaison entre la prévalence du SEP en France et à l'étranger est difficile à établir et doit rester prudente car il existe des variabilités culturelles du score MBI [12] les échantillons ne sont pas toujours comparables (études régionales, nationales), certains englobent les score moyens avec les scores élevés du MBI, ...

1.2.2. Facteurs de risque chez les médecins

Il y a 3 grandes catégories de facteurs associés à l'épuisement professionnel :

- les facteurs individuels ;
- les facteurs intrinsèques liés à la profession ;
- les facteurs extrinsèques : organisationnels et environnementaux.

Selon l'INRS, les facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques de l'épuisement professionnel sont :[13]

- L'absence de soutien social (relations insuffisantes ou de mauvaise qualité avec les collègues, les supérieurs, les proches) ;
- L'absence de reconnaissance du travail effectué ;
- Le manque de contrôle (faiblesse de la participation aux prises de décision, des marges de manœuvre, manque de retour d'information sur l'efficacité du travail) ;
- La perte de sens du travail ;
- La surcharge de travail ;
- Le sentiment d'iniquité, sentiment d'un manque de réciprocité ;
- Les demandes contradictoires ;
- Le manque de clarté dans les objectifs, les moyens...

Les médecins interrogés au cours des différentes enquêtes citent prioritairement comme cause de l'épuisement professionnel des facteurs d'ordre professionnel. Pour exemple, dans l'enquête menée auprès des médecins Franciliens[8] sont cités :

- "l'excès de paperasserie" (96%) ;
- "la non reconnaissance de l'action du médecin" (90,1%) ;
- "la charge de travail" (89,1%) ;
- "l'augmentation des contraintes collectives" (88,6%) ;
- "la longueur des journées" (85,3%) ;
- "l'exigence des patients" (84,1%).

Les causes d'ordre médicale, les plus fréquemment citées sont :

- "la difficulté à s'adapter aux nouvelles recommandations" (74%) ;
- "la prise en charge difficile de certains patients" (72,9%).

Les causes d'ordre personnel qui arrivent en tête sont essentiellement :

- "le manque de temps pour sa vie privée" (84%) ;
- "la vie trop parasitée par le travail" (77,3%).

Ces résultats sont en corrélation avec ceux de l'étude menée en 2003 auprès des médecins généralistes du département de la Loire. Les causes d'épuisement professionnel perçues les plus citées étaient :

- « l'exigence des patients » ;
- « surcharge administrative, paperasseries » ;
- « charge de travail excessive » ;
- « nombre d'heures de travail excessif » ;
- « le manque de temps libre ».[14]

1.2.3. Prévalence du SEP chez les étudiants en médecine

Le SEP est aussi présent chez les étudiants en médecine dès leurs premières années d'étude. Dans une étude menée dans trois écoles de médecine du Minnesota en 2004, on peut lire que 45% des étudiants ayant répondu ont un score de SEP pathologique [15]. Une revue de la littérature, publiée dans le Journal of graduate Medical Education en décembre 2009, a permis d'identifier 51 études traitant du sujet. Elle retrouve une prévalence du SEP allant de 28 à 45% chez les étudiants en médecine et de 27 à 75% des résidents en fonction de leur spécialité[16].

En 2010, 52,8% des étudiants ayant participé à une étude longitudinale menée dans sept universités américaines présentaient un épuisement professionnel. [17]

En France, les étudiants en médecine sont eux aussi largement concernés. Dans son rapport de recherche de 2006 : « Le SEP des étudiants en Médecine », D. TRUCHOT confirme cette tendance puisqu'il met en évidence des scores d'épuisement professionnel et de cynisme élevés en première année, puis ces scores diminuent au cours des deuxième et troisième années pour remonter jusqu'en sixième année. 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. A noter que 42% des étudiantes ont des symptômes significatifs de dépression et d'anxiété ainsi que 33% des étudiants.[18]

En 2012, L.MAZAS-WEYNE, évalue dans le cadre de son travail de thèse le burn out 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. [19]

Une étude menée en 2009 sur les internes en oncologie montrait un taux d'épuisement professionnel de 44%. 26% d'entre eux affichaient un score épuisement émotionnel élevé et 35% un score de dépersonnalisation élevé. [20]. L'étude parue en 2011 concernant les urologues en formation retrouvait un taux de 24% de répondants en burn out sévère [21].

En 2011, une étude nationale de prévalence du SEP chez les internes de médecine générale a été menée. Sur les 26 facultés de médecine de France métropolitaine, 23 ont participé à l'étude. Sur un total de 6309 internes de médecine générale 4050 ont répondu et 3571 scores de MBI ont pu être analysés. Au total, 58,1% de la population d'internes de médecine générale présentait au moins un des paramètres du SEP et 46,5% se sentaient menacés par le SEP.

Au cours des années, la souffrance au travail semble augmenter tout comme la confiance en soi et l'expérience.[22]

Dans l'étude réalisée pour sa thèse en 2010, A. MERINE dénombre un épuisement professionnel chez 62,6% des internes en médecine générale du Poitou-Charentes et les scores de dépersonnalisation révèlent des capacités d'adaptation au stress inadéquates. [23]

1.2.4 Facteurs associés au SEP de l'étudiant en médecine.[15][16][18][22]

Chez l'étudiant les principaux facteurs favorisant le SEP seraient :

- une charge de travail importante, nombre d'heures de travail, nombre de gardes élevé;
- un manque de contrôle sur l'organisation du travail et la gestion du temps ;
- un recours aux psychotropes ;
- une sensation de manque d'encadrement ou de reconnaissance ;
- une relation médecin-patient conflictuelle ;
- des situations difficiles par nature (le stress des patients et de leur entourage, les maladies graves , la mort,...) ;
- la crainte d'un problème juridique ou financier ;

Les principaux facteurs protecteurs seraient :

- le soutien et encadrement des proches ;

- l'encadrement professionnel ;
- le temps consacré à ses loisirs.

Pour certains facteurs, les résultats des études nous apparaissent comme contradictoires.

D. TRUCHOT, dans son rapport, explique que les femmes ont un risque majoré de dépression et de présenter un SEP, contrairement aux résultats obtenus dans l'étude nationale sur les internes de médecine générale [22] qui tendent à démontrer que le fait d'être un homme augmente le risque de SEP et plus particulièrement le score de dépersonnalisation ; résultats retrouvés dans l'étude EGPRN. [7] Le fait de vivre en couple ou encore celui d'être parent reste discuté. Dans certaines études, il n'y a pas de différence significative alors que les autres études démontrent qu'il s'agit d'un facteur protecteur.

1.3. Conséquences du SEP

1.3.1. Sur le plan personnel :

Le SEP entraîne des troubles somatiques et comportementaux qui peuvent avoir pour conséquence des difficultés d'apprentissage avec des échecs aux examens mais aussi influencer sur la sphère privée, par la dégradation des rapports familiaux ou amicaux.

A long terme, le SEP entraînerait un dysfonctionnement métabolique avec une augmentation des désordres lipidiques, un dysfonctionnement de l'axe hypothalamique avec élévation du cortisol, des troubles du sommeil, des fonctions immunitaires affaiblies. Ainsi le SEP serait associé à un risque accru de maladie cardio-vasculaire, et constituerait un facteur de risque d'apparition d'un diabète de type 2. [24] [25] [26]

Le SEP augmente également le risque d'addiction. En effet, la consommation de tabac, d'alcool ou de psychotrope est plus élevée chez les médecins présentant un épuisement professionnel.[7] L'étude réalisée chez les médecins franciliens [8] révèle une consommation d'alcool ou de tabac chez 13,4% des médecins qui se sentent menacés par le SEP contre 1,4% chez les médecins qui ne se sentent pas menacés par le SEP. Il en est de même pour la consommation de médicaments : 18,3% vs 2%. Dans l'étude nationale sur les internes de médecine générale de 2011 [22], 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%.

Le taux de suicide chez les médecins est plus élevé que dans la population générale.[27] En 2003, le Dr Y. LEOPOLD effectue une enquête à la demande du conseil national de l'ordre des médecins.[28] Dans une population de 42137 médecins, sur 492 décès survenus en 5 ans, 69 étaient dus à un suicide soit 14,6 % contre 5,6% dans la population générale.

Cette étude faisait suite à la constatation d'un taux de décès par suicide de 50% dans la population de médecins du Vaucluse (soit 11 suicides sur 22 décès recensés sur une période de 5 ans). En ce qui concerne les étudiants en médecine je n'ai retrouvé aucune étude sur la prévalence du suicide. En revanche, 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, qui ont 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%.

DYRBYE et al, retrouvent cette corrélation dans leur étude « Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. ». Cette étude, réalisée chez 4287 étudiants en médecine de sept écoles de médecine des États Unis, indique un SEP chez 49,6% des étudiants ainsi qu'un taux de 10% ayant eu des idées suicidaires l'année précédente. [29]

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.

1.3.2. Sur la qualité des soins :

L'étude faite dans sept écoles américaines [17] en 2009, retrouvant 52,8% d'étudiants en SEP sur les 2566 étudiants met en évidence une relation entre le SEP et la qualité des soins. En effet, les étudiants ayant un score MBI élevé déclarent plus de conduites non professionnelles liées à la qualité des soins, 35% vs 21,9%. Cette étude démontre aussi un lien direct entre tricherie (copier à un examen), attitudes malhonnêtes cliniques (déclarer un élément de l'examen clinique normal alors qu'il ne l'a pas vérifié, dire qu'un examen complémentaire est en cours alors qu'il ne l'a pas demandé, ...) et l'épuisement professionnel. Ces étudiants ont aussi une vision moins altruiste de la responsabilité du médecin envers la société et sont plus à risque d'entretenir des rapports non conformes avec l'industrie pharmaceutique.

Une étude menée aux États-Unis sur les étudiants en médecine de trois services de pédiatrie montre que les étudiants ayant des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ne font pas plus d'erreurs médicales que les autres. Par contre, les 20% d'étudiants qui présentaient des critères de dépression, faisaient six fois plus d'erreurs médicales.[30]

Dans l'étude nationale sur les internes de Médecine Générale de 2011[22], chez les internes qui se sentent menacés par le SEP, 62,1% d'entre eux craignent régulièrement de faire des erreurs médicales (vs 45,5%) et 15,4% disent faire fréquemment des erreurs vs 8,9%.

Selon plusieurs études, le SEP a aussi un impact sur le coût de la santé. Par exemple, une étude menée en 2000, sur 220 médecins généralistes de la région de Barcelone, analyse le coût des prescriptions par patient et le MBI des médecins. Il en ressort que les médecins avec un risque élevé de SEP prescrivent de façon plus coûteuse pour l'assurance maladie et par patient.[31] En revanche, l'étude menée par D. TRUCHOT chez les médecins généralistes de Champagne Ardennes montre qu'un médecin avec un score d'épuisement personnel élevé a tendance à prendre des décisions moins coûteuses.[9]

1.3.3. Sur la démographie médicale :

Une étude nationale menée en Angleterre en 1998 puis en 2001, a montré que le taux de médecin souhaitant arrêter d'exercer était passé de 14% à 22 % et que cette hausse d'intention d'arrêter d'exercer était attribuée à une insatisfaction au travail.[32]

Dans l'enquête de D. TRUCHOT réalisée en Poitou-Charentes, 32,5% des médecins interrogés envisage de cesser d'exercer et 4% souhaitaient le faire dans l'année.[10] L'étude menée auprès des médecins Franciliens révèle que 50 % des répondants voulaient soit changer profondément leur mode d'exercice soit changer de métier (12,3%). [8] Dans l'étude nationale sur les internes de médecine générale de 2011 [22], 16,7% des internes pensent à se réorienter, 36,6% des étudiants ne repasseraient pas le concours d'entrée en Médecine et dans ce groupe 28,2% pensent fréquemment à quitter Médecine. 34,2% des internes ayant participé à l'étude d'A. MERINE avait déjà envisagé une reconversion professionnelle.[23]

1.4. Le SEP et les sages-femmes

Aucune étude n'a été réalisée sur le syndrome professionnel et les étudiants sages-femmes, mais quelques études ont été réalisées sur les sages-femmes en activité.

Ainsi, une étude menée en Australie en 2011 sur 152 sages-femmes travaillant dans 2 hôpitaux publics, indique des scores pathologiques d'épuisement émotionnel chez 60,7% des participantes et de dépersonnalisation chez 30,3% d'entre elles. 30,3% ont également un score d'accomplissement personnel bas.[33]

Une seconde étude menée en 2011 dans le Queensland auprès de 110 sages-femmes prouve que 50% d'entre elles présentent des scores modérés à élevés d'épuisement professionnel. [34]

En France, seule une thèse a été réalisée en 2013 sur ce sujet par A. HASTOY. Elle a été réalisée auprès des soignants d'une maternité de niveau III et révèle que 44% des médecins et 36% des sages-femmes présentent au moins un score élevé et 11% d'entre eux avaient les trois scores pathologiques. Cette étude n'atteste pas de différence significative entre la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes et les médecins.[35]

1.5. Prise en charge et prévention actuelle

Au Québec, il existe depuis une dizaine d'années des bureaux d'aide aux étudiants et résidents avec un programme de prévention pour lutter contre l'épuisement professionnel. Celui-ci a pour but d'aider les étudiants à développer des mécanismes d'adaptation au stress et à les préparer aux difficultés de leur vie professionnelle future. Il existe aussi un programme d'aide aux Médecins du Québec (PAMQ) proposant entre autres des formations annuelles aux résidents et aux étudiants.

En France, l'association d'aide professionnelle aux médecins a mis en place, en 2005, une cellule d'écoute pour les médecins libéraux d'Île de France. Depuis, cette cellule d'écoute s'est élargie à d'autres régions : PACA, Bourgogne, Corse, Nord Pas de Calais et Centre. Il s'agit d'une ligne téléphonique permettant aux médecins en difficulté psychologique de communiquer anonymement avec un psychologue spécialement formé. L'ordre des Médecins et la CARMF ont conjointement créé l'association pour la promotion des soins aux soignants. Elle a pour but de créer des unités spécifiques pour la prise en charge des soignants, de former

des médecins pour la prise en charge de leurs confrères en épuisement professionnel, et de mettre en place une médecine préventive.

La prévention et la prise en charge reste limitées en France, cependant de nombreuses pistes de travail ont été proposées par la profession. Dans son rapport pour l'URLM Île de France en 2007, R. MOURIES donne des pistes de prévention et de lutte contre le SEP, définies par les médecins interrogés [36]. Ils souhaiteraient notamment :

- une amélioration de la protection sociale (97,2%) ;
- une meilleure définition de la nature et des limites de la responsabilité médicale (95,6%) ;
- une meilleure prise en compte du médecin pour lui-même (93,2%) ;
- une meilleure préparation des étudiants en médecine (93,2%) ;
- la reconnaissance du syndrome épuisement professionnel comme maladie professionnelle (87,2%) ;
- l'ouverture de lignes téléphoniques de conseils médicaux et juridiques (83,3%) ;
- l'instauration d'une prise en charge médicale et psychologique spécifique (82,2%) ;
- une incitation à la formation des médecins à la prise en charge médicale des confrères en souffrance (76,5%) ;
- l'instauration d'une médecine du travail pour les médecins (75,1%)

Comme nous venons de le voir, la prévalence du SEP au sein du corps médical est importante. Ses conséquences sont nombreuses et non négligeables, que ce soit sur la santé du soignant ou sur la qualité des soins qu'il prodigue.

Par la dépersonnalisation qu'il entraîne, le SEP interfère dans la relation médecin-patient par une attitude négative du soignant, une prise de distance voir un rejet. De même, l'épuisement émotionnel du soignant influe dans sa relation avec son patient.

Ainsi nous pouvons imaginer un lien entre le SEP et l'empathie du soignant.

2. L'EMPATHIE

2.1. Évolution et définitions d'un concept

2.1.1. Définitions

Les définitions de l'empathie sont multiples car l'empathie est un concept qui évolue au fil des siècles et des recherches.

Le mot empathie tire son origine du grec ancien mais le concept d'empathie fut décrit pour la première fois par le philosophe allemand Robert VISCHER en 1873. En effet, l'*Einfühlung*, décrivait la relation d'un sujet avec une œuvre d'art, empathie esthétique. Ce terme sera repris par le philosophe Théodore LIPPS qui y introduira une dimension affective.

Au XXème siècle le concept d'empathie s'étend et évolue, notamment avec les réflexions du théoricien Carl ROGERS. 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. » [37]

Ainsi, aujourd'hui, l'empathie est souvent définie comme « la capacité que nous avons de nous mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve » [38]. Deux grands courants s'opposent. Alors que les premières réflexions définissent l'empathie comme une émotion, donc avec un construit unidimensionnel, les réflexions actuelles ont tendance à définir le concept d'empathie de façon multidimensionnelle.

2.1.2. L'empathie : uni ou multidimensionnelle ?

L'empathie aurait une composante affective et une composante cognitive. Jean DECETY, professeur à l'université Washington à Seattle et directeur de recherche à l'INSERM, donne deux définitions de l'empathie : « Dans la première, l'empathie désigne un sentiment de partage et de compréhension affective qui témoigne des mécanismes intersubjectifs propres à l'espèce humaine. » « L'empathie permet d'obtenir une source de connaissance sur l'état psychologique d'autrui (et en cela est très proche de cette autre capacité à imaginer l'état mental d'autrui appelée « théorie de l'esprit ») ». « Une deuxième définition désigne l'empathie en tant qu'émotion particulière, ou attitude qui conduit à des

comportements prosociaux, altruiste (une définition proche de la sympathie dans son usage en langue anglaise). » [39]

Dans sa thèse réalisée en 2011, E.MARIN réalise une revue de la littérature [40]. De ses recherches apparaissent quatre éléments fréquemment utilisés pour définir l'empathie :

- Empathie affective/émotionnelle
- Empathie cognitive
- Motivation à être en empathie/empathie morale/éthique de l'empathie
- Empathie comportementale/action empathique

Il faut noter que la composante cognitive de l'empathie est quasiment présente dans toutes les définitions alors que la composante émotionnelle est exclue des définitions d'HOJAT et des auteurs qui le citent.

Ressortent aussi de ces recherches des définitions de l'empathie par opposition, l'empathie n'est pas de la sympathie ni de la contagion émotionnelle.

2.1.3. Distinctions

Empathie et sympathie

Il est important de distinguer l'empathie de la sympathie. « La sympathie, comme son étymologie l'indique, suppose que nous prenions part à l'émotion éprouvée par autrui, que nous partageons 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 ». [38]

Empathie et contagion émotionnelle

La contagion émotionnelle est le transfert d'une émotion d'une personne émettrice vers une personne réceptrice, c'est un phénomène de propagation des émotions.[38][39] Ce phénomène est souvent illustré par l'exemple des pleurs des bébés, un bébé répond aux pleurs d'un autre bébé en se mettant lui-même à pleurer ; mais ce phénomène a ses limites. En effet, un bébé ne réagit pas par exemple aux pleurs de bébés plus âgés que lui, ni à ses propres pleurs enregistrés, ni aux pleurs de chimpanzés (études menées par Grace MARTIN et Russel CLARK en 1987). La contagion émotionnelle se caractérise par une forme d'indifférenciation entre soi et autrui et c'est ce qui la distingue de l'empathie.

Empathie et Théorie de l'esprit

La Théorie de l'esprit désigne la capacité de comprendre et d'attribuer à autrui des états mentaux. Cette capacité passe par la compréhension qu'autrui possède des états mentaux différents des siens. Pour certains auteurs, comme J.DECETY, cette capacité à adopter le point de vue d'autrui est un des processus définissant l'empathie ; capacité nécessaire à une empathie complète. Cette aptitude relève de la cognition sociale, donc pour d'autres auteurs, la théorie de l'esprit est à distinguer de l'empathie, qui s'applique, elle, aux émotions et aux sentiments, car elles utilisent des réseaux neuronaux différents. [41] [42]

Les auteurs sont aussi partagés sur le caractère inné ou acquis de l'empathie, les récentes recherches en neurosciences peuvent nous aider dans la compréhension de l'empathie.

2.1.4. Neurosciences

Dans les années 1990, G. RIZZOLATI, neurologue à l'Université de Parme, et son équipe, explorent les neurones miroirs dans le cortex pré moteur du singe. « Leur caractéristique principale est de s'activer aussi bien lorsque le singe effectue une action spécifique ou lorsqu'il observe un autre individu en train d'exécuter la même action. » « leur fonction n'est pas unique. Leur propriété est de constituer un mécanisme qui projette une description de l'action, élaborée dans les aires visuelles complexes, vers les zones motrices. Ce mécanisme de transfert comporte toute une variété d'opérations. Une de leurs fonctions essentielles est la compréhension de l'action. Il peut paraître bizarre que, pour reconnaître ce que l'autre est en train de faire, on doive activer son propre système moteur. » « La seule observation visuelle, sans implication du système moteur, ne donne qu'une description des aspects visibles du mouvement, sans informer sur ce que signifie réellement cette action. Cette information ne peut être obtenue que si l'action observée est transcrite dans le système moteur de l'observateur. » [43] [44]

Il s'agit de la première démonstration de la « résonance motrice entre un cerveau et un autre ». [39] Par la suite, des études en imagerie cérébrale fonctionnelle ont été menées chez l'homme. Elles ont mis en évidence l'activation des zones du cortex prémoteur à la vue d'une action réalisée par autrui, alors que ces zones sont responsables de l'action elle-même (motricité), et donc de la présence de neurones miroirs chez l'homme.[45][46] Mais ces études

ont aussi montré l'existence de circuits neuronaux différents pour les actions de l'individu et pour celles d'autrui.[47] Le stimuli le plus fréquemment utilisé est celui de la douleur. Il a été mis en évidence que le contexte était important, puisque les circuits neuronaux activés ne sont pas les mêmes si la douleur est induite de manière accidentelle ou par une tierce personne ; mais aussi que les circuits neuronaux activés étaient différents chez les adultes et chez les enfants.[48][49][50]

Si l'on ne peut pas vraiment dire que l'empathie est innée, la capacité de résonance serait automatique et fonctionnelle dès la naissance, et les premières manifestations empathiques s'observeraient à partir de l'âge de 3-4ans. L'empathie se développe parallèlement à la conscience de soi et des autres, et l'on peut favoriser son développement avec l'apprentissage. [39][51]

Ces études mettent aussi en avant l'implication du cortex pré-frontal qui aurait un rôle dans la comparaison entre nos émotions et celles d'autrui.[39] [48]

L'empathie active de nombreuses parties du cerveau. On a pu aussi distinguer des mécanismes cognitifs automatiques et d'autres contrôlés.[52] Le cortex pré-frontal, l'amygdale, l'insula, le cortex somatosensoriel, le cortex pariétal droit, le cortex cingulaire sont tous impliqués dans le phénomène empathique.[53][54]

2.2. Empathie dans le domaine médical

2.2.1. Place de l'empathie en médecine

L'empathie est une composante attendue dans l'attitude du médecin lors d'une relation de soins. Elle est décrite comme une compétence nécessaire pour comprendre et soigner un patient en tant que personne.[55] Pour Petra GELHAUS, on attend du médecin de l'empathie, de la compassion et des soins. [56][57]

La relation médecin-patient est au centre de l'exercice médical, et l'empathie est considérée comme une compétence essentielle à acquérir pour un futur praticien.

Aux États Unis, selon un consensus rédigé par l'Association of American Medical Colleges, les étudiants en Médecine doivent acquérir trente compétences. Parmi elles, celle de faire preuve d'empathie : « les médecins doivent faire preuve de compassion et d'empathie dans les soins aux patients ». Il s'agit même pour eux d'une responsabilité professionnelle.[58]

Au niveau des résidents, l'empathie est une capacité « accréditée » et exigée par l'ACGME

(Accreditation Council for Graduate Medical Education).[59]

En France aussi, l'acquisition des compétences nécessaires au professionnalisme est basée sur une approche centrée sur la relation médecin-malade.[60] Dès le deuxième cycle des études médicales elle prend une place importante dans l'enseignement. C'est le premier objectif du module 1 (apprentissage de l'exercice médical) : Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs.[61]

2.2.2. L'empathie et les étudiants en Médecine

L'empathie des étudiants en Médecine :

L'empathie semble évoluer au cours des années d'études. Une étude menée en 2006 a évalué l'empathie des étudiants en médecine de l'université de Boston, selon l'échelle de Jefferson du médecin empathie-Student Version (JSPE-S). Cette étude a montré que l'empathie diminuait au cours des années d'études, alors que le score était de 115,6 en première année, il n'était plus que de 106,6 en quatrième année (qui correspond au début de la formation clinique).

Il y aurait des différences selon le sexe puisque les étudiantes ont en moyenne des scores plus élevés que les étudiants.[62] Ces données ont été confirmées par une étude publiée en 2012, réalisée auprès de 1162 étudiants interrogés tous les ans de 2007 à 2010. Les scores d'empathie à l'échelle de JSPE-S étaient plus élevés dans les années pré-cliniques que dans les années cliniques, et le sexe se révélait être un facteur prédictif significatif puisque les femmes avaient des scores plus élevés que les hommes.[63] Plusieurs études tendent à corroborer ce fait.[64][65][66]

En revanche, l'étude menée en 2009 sur 400 étudiants japonais et celle menée en 2011 sur 476 étudiants Portugais retrouvaient des scores d'empathie qui augmentaient avec les années d'étude, et l'étude menée en 2011 sur 863 étudiants Anglais et celle de 2013 menée sur 171 étudiants en Médecine Pakistanais ne retrouvaient pas de différence significative des scores de l'empathie en fonction des années. Cependant, il faut noter que les études menées au Portugal et en Angleterre, concernaient uniquement les étudiants de premier cycle.[67][68][69][70]

Il est important de noter que toutes ces études ont été réalisées avec des échelles d'auto-évaluation de l'empathie. Certaines études tendent à démontrer que si les scores d'empathie par auto-évaluation diminuent au cours des années d'études, l'empathie

« observée » tend à augmenter à partir du début de la formation clinique.[71][72][73]

Empathie et compétences :

Selon une étude de 2013, menée avec des observateurs indépendants, les étudiants en médecine qui leur paraissent être les plus empathiques sont aussi ceux qui semblent être les plus compétents cliniquement.[74] Cette hypothèse est confirmée par l'étude de HOJAT M. de 2002, dans laquelle il met en évidence une corrélation entre compétence clinique et empathie : les étudiants en médecine les plus empathiques ont des notes plus élevées en compétences cliniques. [66]

Je n'ai pas retrouvé d'étude évaluant l'empathie des étudiants en médecine réalisée en France.

Empathie et orientation de carrière :

Selon une étude menée au Royaume Uni [75], les étudiants s'orientant vers des spécialités centrées sur la personne ont des scores d'empathie (échelle JSPE-S) plus élevés que ceux qui s'orientent vers des spécialités centrées sur la technologie. L'étude publiée en 2012 qui a interrogée 1162 étudiants de 2007 à 2010 retrouve elle aussi des scores d'empathie plus bas chez les étudiants s'orientant vers une spécialité technologique.[63] De même, l'étude de M. HOJAT de 2002 évaluant l'empathie chez les médecins de Philadelphie [76], retrouve des scores d'empathie (échelle JSPE-S) plus élevés chez les psychiatres, les médecins généralistes, les pédiatres, les urgentistes et les internistes que chez les anesthésistes, les chirurgiens, les gynécologues obstétriciens et les radiologues. En revanche, une étude menée par DYRBYE entre 2006 et 2007 ne retrouvait pas de lien entre empathie et changement de préférence de spécialité, seule la composante dépersonnalisation de l'épuisement professionnel y était associée.[77]

2.2.3. Empathie et étudiants en maïeutique

Je n'ai retrouvé qu'une seule étude réalisée en Australie sur 52 étudiantes répartie sur les 3 années études. Cette étude met en évidence une empathie croissante au cours des études.[78]

2.3. Empathie et soins

2.3.1. Effets psychologiques :

De nombreuses études ont évalué l'effet de l'empathie sur les patients et sur leurs proches. Une revue de la littérature de 2004 retrouve une corrélation significative entre une relation de confiance médecin-patient et la satisfaction du patient dans 19 études sur les 22 [79]. Cette revue de la littérature confirme les données retrouvées dans une méta-analyse parue en 1988, regroupant 41 études sur les effets du mode de communication du soignant. L'attitude du soignant était corrélée avec la satisfaction du malade, l'observance et le souvenir des informations médicales ; plus particulièrement, une attitude empathique et chaleureuse était corrélée avec la satisfaction du patient. [80][81]

Une étude américaine de 1999, ayant filmée les consultations de 210 femmes, dont 123 avaient guéri d'un cancer du sein, a montré qu'une attitude empathique, une phrase ou un geste même bref (toucher la main de la patiente) permettait de diminuer l'anxiété des observateurs. [82] L'empathie du soignant n'a donc pas qu'un effet sur son patient mais aussi sur ses proches, comme le confirme une étude américaine de 2000 réalisée sur des patients en phase terminale et leurs proches. Les proches qui estimaient avoir bénéficié d'une attitude empathique des soignants souffraient moins de troubles psychologiques et émotionnels que les autres.[83]

2.3.2. Effets sur la santé physique :

Si l'empathie a un effet psychologique, elle a aussi un effet positif sur la santé physique. Une revue de la littérature sur les relations médecin-patients a retrouvé 21 études publiées entre 1983 et 1993. Elle met en évidence une corrélation entre le mode de communication et l'amélioration de l'état de santé du patients dans 16 études. Dans 4 études le lien n'était pas significatif et une étude ne permettait pas de conclure.[84] Pour exemple, une étude menée en Italie sur 20961 patients diabétiques hospitalisés en 2009, a montré que les patients suivis par des médecins avec un score d'empathie élevé (échelle JSPE-S) avaient un taux plus faible de complications aiguës.[85] Ces données ont été confirmées par une étude menée sur des patients diabétiques, mais cette fois ci en ambulatoire.[86]

On peut aussi citer une étude indienne, réalisée en 2011, sur des patients migraineux qui a

montré une corrélation entre l'empathie perçue chez le médecin et l'amélioration des migraines.[87] Cette étude met aussi en évidence une corrélation entre l'empathie et l'amélioration de la compliance des patients.

2.3.3.Effets sur la compliance

Comme nous l'avons vu précédemment, l'empathie a des effets positifs sur la santé psychologique et physique du patient. L'amélioration des symptômes et la diminution des complications peuvent éventuellement aussi s'expliquer par une meilleure compliance du patient. En effet, plusieurs études mettent en évidence une corrélation entre l'empathie et l'observance. Une étude Américaine parue en 2005 montre que les patients qui se sentaient traités avec respect et dignité étaient plus compliants que les autres, données confirmées par une seconde étude menée aux États Unis en 2011 qui révélait une corrélation positive entre l'empathie du soignant et la satisfaction et l'autonomie du patient.[88][89]

En 2008, une étude Coréenne présente elle aussi une corrélation positive entre empathie, compassion du médecin et compliance. [90]

Comme nous venons de le voir, l'empathie peut être considérée comme un outil thérapeutique puissant. L'empathie dans la relation médecin-patient a des effets bénéfiques pour le patient puisqu'elle améliore la compliance, l'autonomie, la santé physique, mais aussi la santé psychologique du patient et de ses proches. Mais qu'en est-il pour le soignant ?

2.4. Empathie et syndrome d'épuisement professionnel

2.4.1.Effets de l'empathie chez les soignants :

Alors que l'empathie est actuellement considérée comme un des piliers de la relation médecin-malade certains auteurs nous mettent en garde quant à ses effets sur les soignants. Pour Michèle MARCHAND, docteur en Médecine et Philosophe, « En situation clinique, les interactions sont à double sens et elles se jouent sur plusieurs plans à la fois, dont celui de l'inconscient. Dès lors, il n'est pas toujours facile de garder la bonne distance, même quand

chacun reste à sa place. ». Ainsi, l'empathie peut mettre en difficulté personnelle le soignant. Plus qu'un travail sur l'empathie, elle prône un travail sur le médecin : « il faut viser à ce que le médecin soit assez « à l'aise dans ses propres baskets » pour être disponible aux autres. Au fond, quand on apprend à les connaître, les médecins et les patients antipathiques sont avant tout des gens mal à l'aise dans leur peau ». Pour cet auteur, l'empathie et l'épuisement professionnel sont liés : « Je trouve également bizarre qu'on se surprenne du taux d'épuisement professionnel chez les médecins et qu'on cherche d'où peut bien venir la pourtant bien nommée « fatigue de compassion ». « il faut d'abord sauver sa peau pour pouvoir aider les autres ». [91] L'exposition fréquente des soignants aux situations émotionnelles et à la détresse de leurs patients peut provoquer chez eux une souffrance. « Rester en lien avec le malade, se vit au prix d'une certaine souffrance. » [92]

Une étude menée auprès de 1199 médecins et publiée en 2014 a étudié les liens entre la perception de la douleur, l'empathie et « la fatigue de compassion »/épuisement professionnel. La perception de la douleur est liée à l'empathie, et plus précisément aux sous composantes « prise de perspective » et « souci empathique ». Elle est aussi liée aux facteurs individuels, les femmes sont plus sensibles et la douleur des femmes induit plus de souffrance chez le médecin que la douleur des hommes. Elle montre aussi que si l'expérience désensibilise le médecin à la douleur des autres, elle ne l'aide pas à gérer sa propre détresse personnelle.[93]

Une autre étude de 2013 menée sur 7584 médecins, a étudiée les liens entre empathie, épuisement professionnel et détresse émotionnelle. Elle a mis en évidence que les médecins qui éprouvaient des difficultés à décrire et à nommer les émotions étaient plus enclins à l'épuisement professionnel, au détachement ; et que l'épuisement professionnel était lié à la dimension empathique « détresse personnelle » [94]

Le docteur TISSERON, psychiatre et docteur en psychologie, pense que « les soignants sont soumis à une surexcitation empathique dans laquelle la détresse des patients peut finir par leur paraître si intense et si insupportable qu'elle génère chez eux un retrait émotionnel destiné à se protéger ». Ce « retrait émotionnel » peut conduire au cynisme, ou dépersonnalisation, qui est une dimension du syndrome d'épuisement professionnel. [95]

Une étude récente a mis en corrélation l'activité cérébrale par IRM de 25 infirmières lors de la diffusion de clips vidéos sur la douleur dans différents contextes et leurs résultats aux tests du MBI pour l'épuisement professionnel et de l'IRI pour l'empathie. Le but des chercheurs étant de savoir si l'on pouvait prévoir l'épuisement professionnel par l'activité cérébrale liée à l'empathie. En conclusion, ils pensent que l'imagerie cérébrale pourrait être un

outil diagnostique prédictif d'un épuisement professionnel futur en complément des examens psychologiques existants. En effet, leur étude a permis d'établir une corrélation entre la diminution de l'activité cérébrale liée à l'empathie et l'épuisement professionnel : observation d'une diminution de l'activité cérébrale en lien avec l'épuisement professionnel mais aussi en corrélation avec une plus grande disposition empathique auto-déclarée et associée à une grande difficulté à reconnaître son propre état émotionnel (évalué par l'échelle d'alexithymie de Toronto). L'épuisement professionnel chez les professionnels médicaux pourrait s'expliquer par une activité cérébrale liée à l'empathie réduite mais ces résultats sont à analyser avec la plus grande prudence, les facteurs individuels (âge, sexe, années d'expérience, profession, spécialité,...) ayant une grande importance, on ne peut se permettre de généraliser ses résultats.[96]

Une seule étude visant à démontrer un lien entre empathie et SEP a été réalisée en France. Menée en 2013 sur 294 médecins généralistes, elle évalue l'empathie cognitive (prise de perspective) par l'échelle JSPE et l'empathie émotionnelle (souci empathique) par The Toronto Empathy Questionnaire. Les résultats suggèrent un rôle protecteur vis à vis du SEP de l'association de scores élevés d'empathie émotionnelle et d'empathie cognitive. Un score bas d'empathie cognitive serait un facteur de risque du SEP. [97]

Dans la population spécifique que représentent les étudiants en médecine, peu d'études permettant d'établir un lien entre empathie et SEP ont été menées.

2.4.2. Empathie et SEP de l'étudiant en médecine

Une étude menée sur 1098 étudiants des écoles de Médecine du Minnesota en 2007 met en évidence une corrélation entre l'empathie et le SEP. [98] Les scores élevés de dépersonnalisation sont associés à une baisse de l'empathie et les scores élevés d'accomplissement personnel à une hausse de l'empathie, et ce quelque soit le sexe. A contrario, elle met en évidence une corrélation inverse entre dépression et empathie chez les étudiantes.

Une seconde étude de 2010 [99] confirme cette tendance. Le SEP a pour conséquence une diminution de l'empathie des étudiants en Médecine et donc un impact sur le professionnalisme. Les étudiants étaient interrogés par les questionnaires MBI et l'échelle Jeffersson version empathie-étudiant.

En 2014, est parue une étude transversale multicentrique portant sur 1350 étudiants de 22 écoles de Médecine ayant rempli les questionnaires du MBI, de l'IRI et un questionnaire sur la qualité de vie (The World Health Organization Quality of Life Assessment). 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 » et des scores bas « détresse personnelle ». Il y a une corrélation inverse entre accomplissement personnel et la « détresse personnelle », et une corrélation positive entre accomplissement personnel et « prise de perspective ». Les femmes ont des scores de « souci empathique » plus élevés que les hommes mais elles sont aussi plus exposées à la détresse personnelle. On ne constate pas de différence significative d'empathie entre les différentes années d'études. [100] Je n'ai trouvé aucune étude française cherchant à démontrer un lien entre l'empathie et le SEP chez les étudiants.

En résumé :

Le SEP touche les étudiants en Médecine dès les premières années d'études, et près d'un étudiant sur deux est concerné. Il est donc important de mettre en place une prévention dans cette population. Alors que l'empathie est considérée comme compétence nécessaire à l'exercice médical, plusieurs études mettent en évidence des corrélations entre les sous dimensions du SEP et les composantes de l'empathie. Ces corrélations ouvrent des pistes de travail dans la prévention et le développement de la prise en charge du SEP.

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une étude globale « l'étude NoBurnout » qui vise à tester l'efficacité d'outils inspirés de thérapies cognitivo-comportementales en tant qu'outils de prévention du SEP chez les étudiants en Médecine et Maïeutique de la faculté de Médecine de Poitiers. Elle a pour but de vérifier l'existence d'une corrélation entre le SEP et l'empathie dans notre échantillon. La méthodologie a été discutée, travaillée et élaborée au sein d'un groupe de travail lors de réunions en collaboration avec l'équipe de recherche de l'URC de Psychiatrie à vocation régionale du centre hospitalier Henri Laborit.

METHODOLOGIE

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

1.1. Objectifs et critères d'évaluations

L'objectif principal de cette étude est de déterminer s'il existe une corrélation entre l'empathie et l'épuisement professionnel chez les étudiants de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Le critère d'évaluation principal est la corrélation entre le score du Maslach Burn out Inventory (MBI) et les scores de l' Interpersonal Reactivity Index (IRI ou test de Davis).annexes 1 et 2.

L'hypothèse de départ est l'existence :

- d'une corrélation positive entre les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation du MBI et le score d'empathie émotionnelle « détresse personnelle » du test IRI
- et d'une corrélation inverse entre les scores d' épuisement émotionnel et de dépersonnalisation du MBI et le score d'empathie cognitive « changement de perspective » .

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Définir des caractéristiques de l'échantillon de population pour l'étude globale sur l'efficacité des outils inspirés de thérapies cognitivo-comportementales en tant qu'outils de prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en Médecine et Maïeutique de la faculté de Poitiers. Questionnaire de renseignements sur les éléments socio-démographiques.
- Déterminer la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Les critères d'évaluation secondaires sont :

- Renseignements socio-démographiques : facteurs associés. Annexe 3
- Score de l'échelle HAD afin de déterminer la prévalence des troubles anxio-dépressifs. Annexe 4

1.2. Population étudiée

1.2.1. Population cible

La population étudiée regroupe tous les étudiants de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers ayant un contact direct avec les patients et ayant accès à l'environnement numérique de travail (ENT) de la faculté. Il s'agit donc des étudiants effectuant des stages au sein du centre Hospitalier Universitaire de Poitiers et des centres hospitaliers de la région, ainsi que ceux travaillant en stage ambulatoire dans le cadre de leurs études.

Étudiants en Médecine de la faculté de Médecine de Poitiers :

- 208 de DFGSM3 (diplôme de formation générale en sciences médicales) ;
 - 217 de DFASM1 (diplôme de formation approfondie en sciences médicales) ;
 - 237 de DCEM3(deuxième cycle des études médicales) ;
 - 192 de DCEM4 ;
 - 480 internes de spécialités ;
 - 380 internes en DES de médecine générale.
- Soit un total de 1714 étudiants en médecine.

Étudiants Sage-femme de la Faculté de Poitiers :

- 1ère année : 25 ;
- 2ème année : 25 ;
- 3ème année : 25 ;
- 4ème année : 25 .

Soit un total de 100 étudiants Sage-femme.

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

1.2.2. Critères d'inclusion

Étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers ayant un contact avec les patients et un accès à l'ENT , soit :

- Étudiants de troisième année au début de l'étude ;

- Étudiants de quatrième année ;
- Étudiants de cinquième année ;
- Étudiants de sixième année ;
- Internes de médecine générale de la faculté ;
- Internes des spécialités chirurgicales de la faculté ;
- Internes des spécialités médicales de la faculté ;
- Étudiants sages-femmes ;

et répondant au questionnaire des données socio-démographiques, à l'échelle MBI, à l'échelle HAD et au test de l'IRI.

1.2.3. Critères de non inclusion

Non réponse à l'ensemble des questionnaires.

1.2.4. Modalités de recrutement

L'Université de Poitiers possède un environnement numérique de travail (ENT). Il s'agit d'une plateforme, à laquelle les étudiants ont accès, comprenant un espace personnel, des cours, des examens, les emplois du temps, les informations utiles, ... Les questionnaires ont été mis en ligne sur l'ENT.

Le mail de lancement d'étude a été envoyé le 1er juillet, puis deux mails de relance par semaine sur 3 semaines, avec un dernier mail envoyé le 21 juillet 2014 pour une fermeture des questionnaires le 23 juillet 2014. Ces mails ont été adressés aux étudiants concernés via leurs adresses mail ENT et les adresses mails personnelles pour certaines promotions, notamment pour les étudiants en Maïeutiques et les étudiants en spécialité. Le mail de lancement de l'étude et des mails de relance ont été aussi relayés par les associations d'étudiants, le CREM, le CRP et le SIAIMP.

Les étudiants ont été informés de l'étude et de la mise en ligne des questionnaires par mails, par courriers papiers (« flyers ») distribués par les internes du groupe de travail sur l'étude « No Burnout » et l'association du CREM, par affiches dans les bureaux des externes et des internes des services du CHU de Poitiers et dans les internats des hôpitaux périphériques. Afin de faciliter l'accès aux questionnaires par la connexion au compte ENT,

des tutoriels ont été créés par des internes de notre groupe de travail.

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 global, nous avons créé un site internet : No Burnout, ainsi qu'un groupe facebook et un compte twitter.

Le mail de lancement de l'étude et 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.

Tout ce travail technique et informatique a été effectué grâce à la collaboration et à l'implication de l'équipe d'I-média (entreprise en charge de la gestion de l'ENT de l'Université de Poitiers).

1.3. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémio-descriptive de corrélation : observationnelle transversale, prospective, monocentrique.

1.4. Lieu et durée de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans la région Poitou-Charentes, auprès des étudiants rattachés à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

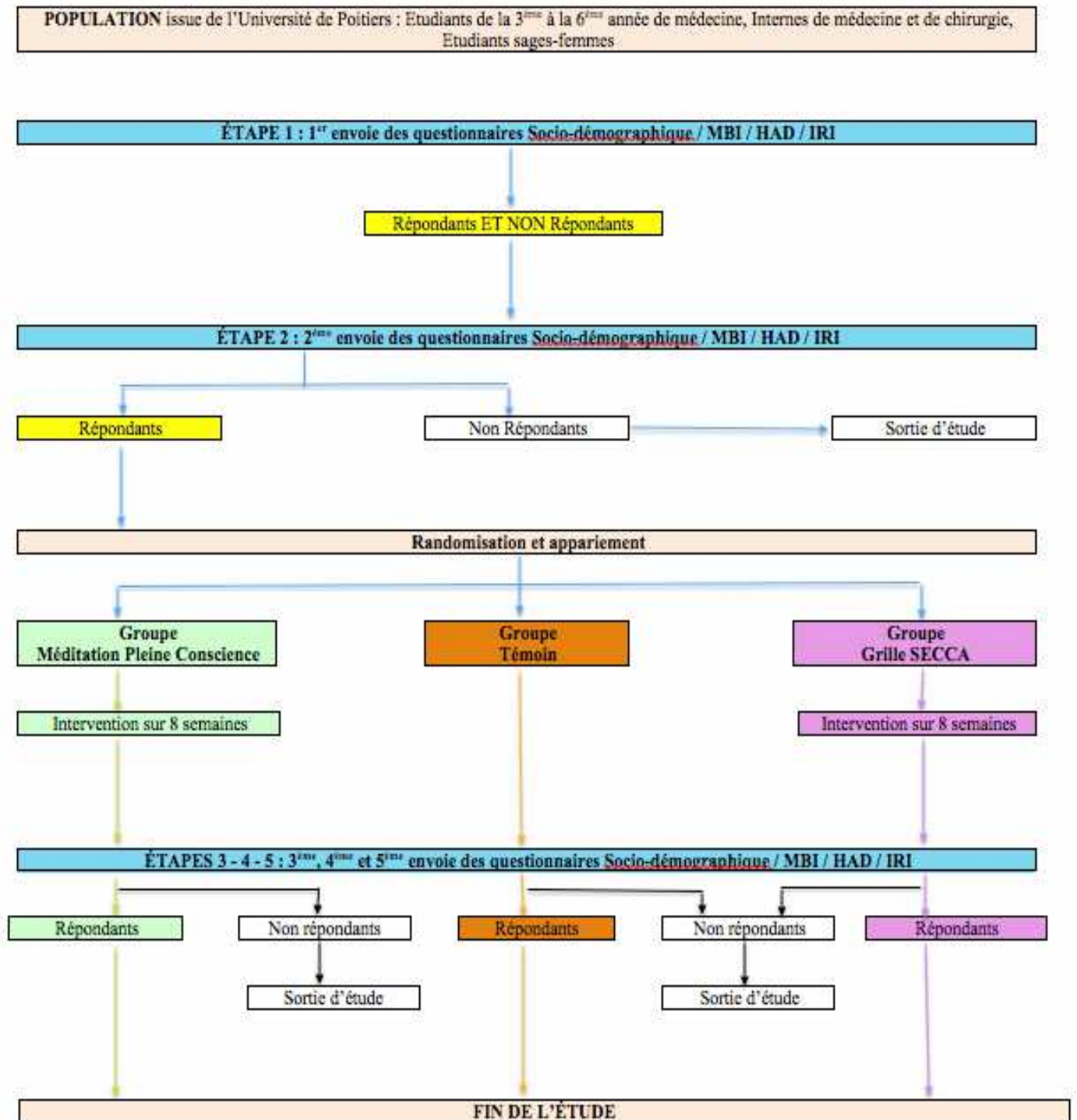
Durée de l'étude : 1 mois à partir du 01/07/2014.

La durée totale de l'étude globale dans laquelle s'inscrit ma recherche est estimée à 15 mois, fin de l'étude prévue le 27 septembre 2015.

1.5. Schéma de l'étude globale

Cette étude est une partie d'une étude globale sur le syndrome d'épuisement professionnel et les outils de thérapie cognitive et comportementale.

Mon étude est observationnelle et constitue l'étape 1.



2. INSTRUMENTS D'EVALUATION

2.1. Maslach Burn-out Inventory (MBI) annexe 1

Le « Maslach burn-out inventory » a été élaboré par Christina Maslach en 1981 et retravaillé en 1986 [101][102]. Il s'agit d'une échelle validée composée de 3 sous dimensions. Au total, elle regroupe 22 items, dont 9 évaluant l'Épuisement Émotionnel (EE), 5 évaluant la Dépersonnalisation (DP) et 8 évaluant l'Accomplissement Personnel (AP).

Chaque item est coté en terme de fréquence, de 0 (jamais) à 6 (chaque jour).

Score	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Élevé	≥ 30	≥ 12	0 à 33
Modéré	18 à 29	6 à 11	34 à 39
Bas	0 à 17	0-5	≥ 40

Le niveau de SEP peut donc être interprété en fonction des scores des trois composants, chaque score étant défini comme un niveau bas moyen ou élevé.

Un SEP élevé est défini par des scores élevés dans les 2 sous dimensions EE et DP, et par un score bas pour la composante AP. Le SEP est de degré moyen si 2 des composantes ont un score pathologique et il est dit faible si une seule composante a un score pathologique.

Les qualités psychométriques de cet instrument ont été vérifiées [103]

2.2. Index de réactivité Interpersonnelle (IRI) annexe 2

L'« Interpersonal Reactivity Index » a été élaboré par Mark H. DAVIS en 1980 [104].

L'IRI est un test composé de 4 sous dimensions : « Perspective Taking » et « Fantasy » composant l'empathie cognitive et « Empathic Concern » et « Personal Distress » composant l'empathie émotionnelle. Ainsi,

- Perspective Taking : la prise de perspective, évalue la tendance des personnes interrogées à adopter le point de vue de l'autre dans la vie quotidienne ;
- Empathy Concern : le souci empathique, évalue la tendance des personnes interrogées à éprouver des sentiments de sympathie et de compassion pour les autres ;
- Personal Distress : la détresse personnelle, évalue la tendance des personnes interrogées à éprouver un sentiment de détresse ou d'anxiété en réponse affective ;

- Fantasy : la fantaisie, évalue la tendance des personnes interrogées à se transposer imaginativement dans la situation de personnages fictifs.

Au total, ce test compte 28 items cotés de A (ne me décrit pas vraiment) à E (me décrit très bien). A chaque lettre est attribué un score permettant de calculer les scores d'empathie émotionnelle et de l'empathie cognitive pouvant aller de 0 à 28.

Cette échelle a été traduite et validée en Français. [105]

2.3. Hospital Anxiety and Depression scale (échelle HAD) annexe 4

L' « Hospital Anxiety and Depression scale » a été élaborée par Zigmond et Snaith en 1983[106]. Il s'agit d'une échelle composée de 2 sous dimensions et 14 items : 7 items permettant de coter la dépression et 7 items l'anxiété. Chaque item a une cotation semi-quantitative de 0 à 3 en fonction de l'intensité des symptômes. Les scores pour la dépression ou pour l'anxiété vont de 0 à 21, les scores inférieurs à 7 signent une absence de trouble, entre 8 et 10 sont douteux et les scores supérieurs ou égaux à 11 indiquent la présence d'un trouble anxieux ou dépressif.

Les qualités psychométriques de cet instrument ont été vérifiées [107]

3. BIBLIOGRAPHIE, DONNEES RECUEILLIES ET ANALYSES STATISTIQUES

3.1. Bibliographie

La recherche des références bibliographiques a été effectuée à partir de bases de données internautes (PubMed, Science directe, SUDOC), de sites officiels (Conseil de l'Ordre des Médecins, CARMF) et complétée par des échanges au sein de l'équipe de travail de l'étude « No BurnOut ».

La rédaction de la bibliographie a été faite avec le logiciel Zotero qui est un logiciel de gestion, de références des données bibliographiques et des documents de recherche.

3.2. Données recueillies

Les données recueillies socio-démographiques sont listées dans l'annexe 3, elles ont été récupérées via l'ENT tout comme les résultats des tests et échelles, par envoi de mails. Chaque adresse mail s'est vue attribuer un numéro permettant l'anonymisation des réponses. Ce travail d'extraction des données a été réalisé grâce à la collaboration de l'équipe d'IMédia en charge du développement de l'ENT au sein de l'Université de Poitiers.

3.3. Analyses statistiques

Elles ont été réalisées avec la collaboration des statisticiens de l'unité de recherche clinique en Psychiatrie du centre hospitalier Henri Laborit.

Analyse descriptive

Une analyse descriptive globale a été réalisée afin de représenter les caractéristiques initiales des sujets inclus. Les variables quantitatives sont résumées par les paramètres classiques de la statistique descriptive : médiane, intervalles interquartiles et valeurs extrêmes ou moyenne et écart-type. Les variables qualitatives sont décrites par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité. Les données manquantes ont été précisées.

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 à l'aide d'une représentation graphique des histogrammes.

Analyse du critère principal

Les corrélations entre les différentes dimensions de l'empathie et du syndrome d'épuisement professionnel ont été étudiées par le test du coefficient de corrélation non paramétrique de Spearman. Le coefficient de corrélation a été calculé pour chaque couple de variables afin de quantifier la force du lien.

Analyse des critères secondaires

La prévalence des troubles anxio-dépressifs a été estimée par la proportion du nombre de cas observés durant la période de l'étude sur la population totale.

Risque de première espèce

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

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS (SAS Institute, Cary, NC USA).

4. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une étude interventionnelle, ce protocole a été soumis au comité d'éthique de l'unité de recherche clinique en Psychiatrie du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers le 28 mai 2014 car les données seront réutilisées pour l'étude globale qui comprend une étude interventionnelle, et pour laquelle l'autorisation du Comité de Protection de la Personne du Sud Ouest sera demandée.

Les étudiants ont en page d'accueil un formulaire d'information et de consentement qu'ils ont du valider avant de répondre aux questionnaires.

Ce formulaire permet d'informer les étudiants de façon complète et loyale, en termes compréhensibles, des objectifs de l'étude et de leur droit à refuser d'y participer ou de se rétracter à tout moment.

RESULTATS

1. REPONDANTS

Sur les 1814 étudiants concernés par l'étude et contactés, 304 étudiants ont répondu soit un taux de répondants de 16,7%.

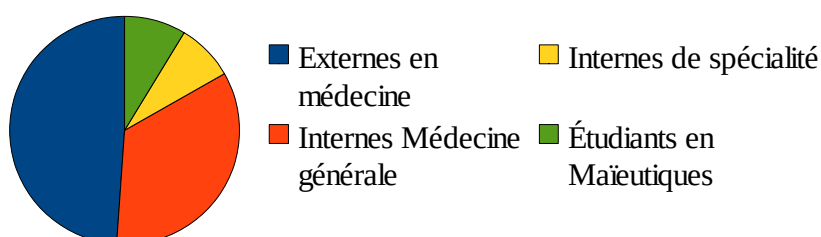
Affectation des répondants : figure 1

- 25 étudiants en Maïeutique ont répondu, soit 25% des étudiants en Maïeutique, représentant 8,22% des répondants ;
- 141 externes ont répondu, soit 16,31% des externes concernés, soit 46,38% des répondants
- 99 internes de Médecine générale ont répondu, soit 26% des internes de Médecine générale, soit 32,56% des répondants ;
- 37 internes de spécialité ont répondu, soit 7,7% des internes de spécialité, soit 12,17% des répondants
- 2 valeurs manquantes.

La répartition en fonction de l'année de l'étude : figure 2

- Étudiants en Maïeutique : 5 en première année, 6 en deuxième année, 9 en 3ème année et 5 en quatrième année ;
- Étudiants en Médecine : 15 DFGSM3, 68 DFSASM1, 24 DCEM3, 31 DCEM 4, 55 en première année internat, 39 en deuxième année d'internat, 33 en troisième année d'internat, 9 en quatrième d'internat, 3 en cinquième année d'internat et plus.

Figure 1 : Affectation des répondants



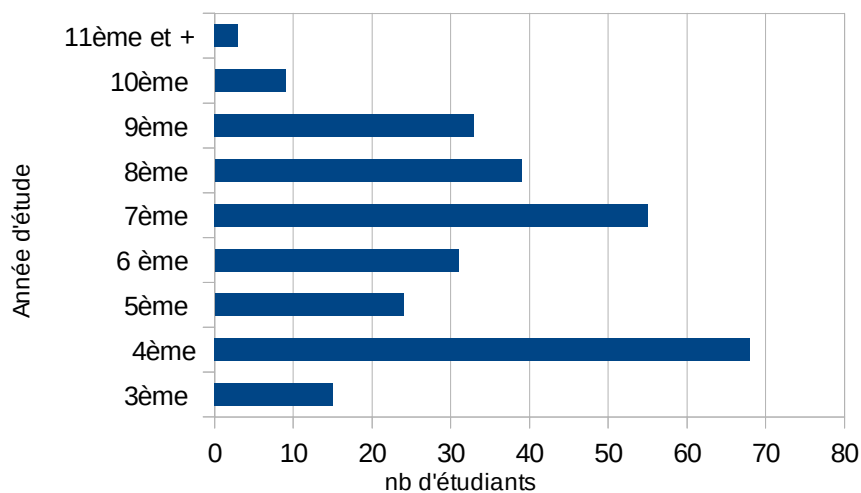


Figure 2 : Répartition en fonction de l'année d'étude des étudiants en Médecine.

En résumé :

- Les étudiants en 4ème et 7ème année de médecine représentent majoritairement la population des répondants.
- Les internes de Médecine générale (26%) et les étudiants en Maïeutique (25%) sont ceux qui ont le plus répondu à l'étude.
- Seulement 7,7% des étudiants en spécialité ont répondu.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES : données

brutes.

2.1. Facteurs intra-individuels :

Age des répondants : âge minimum déclaré 16 ans, âge maximum 39 ans

Age moyen : 21,9 ans

Sexe : 74 hommes, 216 femmes et 14 données manquantes ;

soit 71,05% de femmes et 24,34% d'hommes.

A noter que sur les 1859 adresses mails ENT utilisées 1110 appartenaient à des femmes soit 59,71% et 749 à des hommes soit 40,29%.

Statut Matrimonial :

- 172 étudiants célibataires soit : 56,58 % ;
- 37 étudiants marié(e)s ou pacsé(e)s soit : 12,17 % ;
- 93 étudiants en union libre soit : 30,59 % ;
- 2 données manquantes.

Nombre d'enfants :

- 278 étudiants n'ont pas d'enfant soit : 92,67 % ;
- 18 étudiants ont 1 enfant soit : 6 % ;
- 4 étudiants ont 2 enfants soit 1,33% ;
- 4 données manquantes.

Vécu des études :

- 106 étudiants ont déjà envisagé d'arrêter leur formation soit : 34,87% ; contre 171 (56,25%) et 27 données manquantes ;
- parmi les étudiants envisageant d'arrêter leur formation, 8 étudiants envisagent de le faire dans le mois soit 2,63%, 15 dans un an soit 4,93%, 12 le jour même soit 3,95%, 208 sans réponse soit 68,42% et 61 données manquantes soit 20,07% ;
- 90 étudiants ne referaient pas les mêmes études soit 29,61% ; contre 188 (61,84%) et 26 données manquantes ;
- 130 étudiants soit 42,76% craignent fréquemment les erreurs médicales, 119 étudiants soit 39,14% ont une crainte peu fréquente des erreurs médicales, 28 étudiants soit 9,21% n'ont pas de crainte d'erreurs médicales, 27 données manquantes.

Orientation professionnelle :

- 130 étudiants souhaitent exercer en libéral soit 42,76% ;
- 44 étudiants souhaitent exercer en CHU soit 14,47% ;
- 35 étudiants souhaitent exercer une activité hospitalière hors CHU soit 11,51% ;
- 65 ne savent pas soit 21,38 % ;
- 30 données manquantes.

Menace du SEP :

- 87 étudiants ne sentent pas menacés par le SEP soit 28,62% ;
- 120 étudiants se sentent menacés quelques jours par mois soit 39,47% ;
- 28 étudiants se sentent menacés moins d'une fois par semaine soit 9,21% ;
- 35 étudiants se sentent menacés plusieurs fois par semaine soit 11,51% ;
- 1 étudiant se sent menacé quotidiennement soit 0,33% ;
- 33 données manquantes.

Santé :

- 44 étudiants ne parlent pas de leur stress ressenti soit 14,47%, 176 en parlent avec leurs proches soit 57,89%, 45 en parlent avec des internes soit 14,80%, et 6 en parlent avec un médecin soit 1,97%, 33 données manquantes ;
- 43 étudiants ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année passée soit 14,14%, vs 232 (76,32%) et 9,54 % de données manquantes (29) ;
- 25 étudiants bénéficiaient d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique au moment de l'étude soit 8,22% vs 244 soit 80,26%, et 11,51% de données manquantes (35) ;
- 35 étudiants soit 11,51% ont consommé des anxiolytiques ou des hypnotiques au cours des 3 derniers mois vs 232 étudiants (76,32%) et 12,17% (37) données manquantes ;
- Concernant le nombre d'absence au travail pour raison de santé au cours des 3 derniers mois : 242 étudiants soit 79,61% n'en déclarent aucune, 22 étudiants soit 7,24% moins de trois, 5 étudiants soit 1,64% de 3 à 7 jours, 6 étudiants soit 1,97% plus de 7 jours, et 29 sans réponse ;
- Concernant leur qualité de sommeil, 111 étudiants soit 36,51% la déclarent bonne, 27 étudiants soit 8,88% la déclarent mauvaise et 138 étudiants soit 45,39% la déclarent moyenne. 28 données manquantes.

Addictions :

- 230 étudiants soit 75,66% ne fument pas, 19 étudiants soit 6,25% fument moins de 5 cigarettes par jour, 13 étudiants soit 4,28% fument 5 à 10 cigarettes par jour, 5 étudiants soit 1,64% fument 10 à 20 cigarettes par jour, 37 données manquantes

(12,17%) ;

- 8 étudiants soit 2,63% déclarent consommer de l'alcool quotidiennement vs 261 soit 85,86% et 35 données manquantes.

Examens :

Il faut noter que 31 étudiants soit 10,2% étaient en période d'examen lors de l'étude.

En résumé :

- **71 %** des répondants sont des **femmes**.
- La majorité des répondants sont **célibataires** (56,58 %), **sans enfant** (92,67 %) et souhaitent exercer en **libéral** (42,76 %).
- Presque **35% des étudiants ont déjà envisagé d'arrêter leur formation** et presque 30% ne referaient pas les mêmes études.
- **67 % des étudiants se sentent menacés par le SEP.**
- **14 % ont eu des pensées suicidaires** au cours de l'année et 11 % consomment des psychotropes
- 2,6 % des étudiants déclarent consommer de l'alcool quotidiennement.
- 42,76% craignent fréquemment les erreurs médicales

2.2. Facteurs organisationnels :

Temps pour les loisirs :

- 170 étudiants soit 55,92% estiment ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs loisirs ;
- 104 étudiants soit 34,21% estiment en avoir assez ;
- 30 données manquantes soit 9,87%.

Temps pour le travail personnel :

- 129 étudiants soit 42,43% estiment ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à leur travail personnel ;
- 147 étudiants soit 48,36% estiment en avoir suffisamment ;
- 28 données manquantes soit 9,21%.

Journées libres par semaine :

- 140 étudiants soit 52,43% déclarent avoir 2 jours de libres ;
- 67 étudiants soit 25,96 % déclarent avoir 1 journée de libre ;
- 23 étudiants soit 8,61 % déclarent n'avoir aucune journée de libre ;
- 23 étudiants soit 8,61% déclarent avoir 3 jours de libres ;
- 9 étudiants déclarent avoir 4 jours de libres, 1 étudiants déclare avoir 5 jours de libres, 2 étudiants déclarent avoir 6 jours de libres, 2 étudiants déclarent avoir 7 jours de libres ;
- 37 valeurs manquantes.

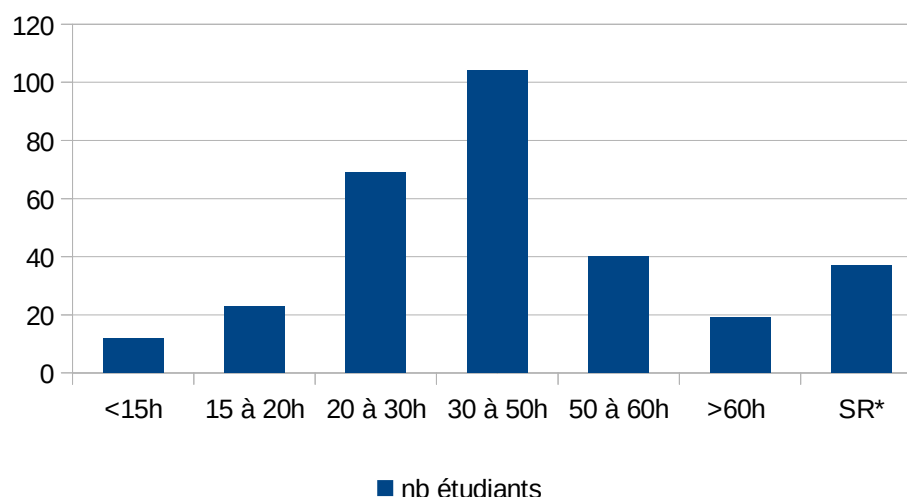
Vacances au cours des 3 derniers mois :

- 73 étudiants soit 29,20 % déclarent n'avoir eu aucune semaine ;
- 97 étudiants soit 38,80 % déclarent avoir eu 1 semaine ;
- 64 étudiants soit 25,60% déclarent avoir eu 2 semaines ;
- 16 étudiants soit 6,40% déclarent avoir eu 3 semaines ;
- 54 valeurs manquantes.

Contraintes administratives :

- 121 étudiants soit 39,80% estiment que leurs obligations administratives en lien avec la prise en charge de leurs patients sont importantes ;

- 105 étudiants soit 34,54% les estiment moyenne ;
- 50 étudiants soit 16,45% les estiment peu importante ;
- 28 données manquantes.



Charge de travail hebdomadaire en heure :

nb heures	<15h	15 à 20h	20 à 30h	30 à 50h	50 à 60h	>60h	SR*
nb étudiants	12	23	69	104	40	19	37
%	3,95	7,57	22,7	34,21	13,16	6,25	12,17

*SR=données manquantes

Gardes par mois :

- 81 étudiants soit 26,64 % déclarent ne faire aucune garde ;
- 112 étudiants soit 36,84 % déclarent faire 1 à 2 gardes ;
- 37 étudiants soit 12,17 % déclarent faire 3 à 4 gardes ;
- 20 étudiants soit 6,58 % déclarent faire 5 à 6 gardes ;
- 17 étudiants soit 5,59 % déclarent faire plus de 6 gardes mensuelles ;
- 37 données manquantes (12,17%).

Lieu de stage :

- 165 étudiants soit 54,28 % exercent au CHU de Poitiers ;
- 52 étudiants soit 17,11% travaillent dans un hôpital périphérique ;
- 49 étudiants soit 16,12 % effectuent un stage en libéral ;
- 38 données manquantes soit 12,5%.

En résumé :

- Presque **56% estiment ne pas avoir assez de temps à consacrer à leurs loisirs.**
- **34 % travaillent entre 30 et 50 heures** par semaine et 37 % déclarent faire 1 à 2 gardes par mois.
- **54 %** effectuent leur **stage au CHU** de Poitiers
- Plus de 60 % déclarent avoir au moins 2 jours de libres par semaine et 70 % avoir pris au moins 1 semaine de vacances au cours des 3 derniers mois.
- Presque 40 % estiment que les charges administratives sont importantes.

2.3. Facteurs inter-individuels :

Relations inter-professionnelles :

- 68 étudiants soit 22,37% estiment avoir été victime de discrimination de la part des autres spécialités médicales ou paramédicales et 207 étudiants soit 68,09% n'estiment pas être victimes de discrimination ; 29 données manquantes (9,54%) ;
- 130 étudiants soit 42,76% estiment avoir déjà été dépréciés ou humiliés vs 147 (48,36%) et 27 données manquantes (8,88%) ;
- 104 étudiants soit 34,21 % déclarent s'être fait crier dessus vs 171 étudiants soit 56,25 %, 29 données manquantes (9,54%) ;
- 1 étudiant déclare avoir été victime d'un harcèlement sexuel, 27 (8,88%) données manquantes ;
- 2 étudiants déclarent avoir subi des violences physiques, 29 (9,54%) données manquantes.

Recours au senior :

- 219 étudiants soit 72,04% estiment facile le recours au senior ;
- 57 étudiants soit 18,75% estiment qu'il n'est pas facile d'avoir recours au senior ;
- 28 données manquantes (9,21%).

Prise en charge des patients en fin de vie, soins palliatifs, annonce de diagnostic grave :

- 194 étudiants soit 63,82% estiment ne pas être fréquemment confrontés à ces situations ;
- 83 étudiants soit 27,30 % estiment être fréquemment confrontés à ces situations ;
- 27 données manquantes (8,88%).

Connaissances théoriques :

- 162 étudiants soit 53,29 % estiment ne pas avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées à leur pratique actuelle ;
- 113 étudiants soit 37,17% estiment avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées à leur pratique actuelle ;
- 29 données manquantes (9,54%).

Reconnaissance du travail :

- 140 étudiants soit 46,05 % estiment que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur ;
- 133 étudiants soit 43,75 % estiment que leur travail est reconnu à sa juste valeur ;
- 31 données manquantes soit (10,20%).

En résumé :

- Presque **43 % estiment avoir été déprécié ou humilié.**
- **46 % estiment que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur.**
- **53 % estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires** à leur pratique actuelle.
- **72 % estiment que le recours au senior est facile.**
- **68 % n'estiment pas être victimes de discrimination.**
- Presque 64 % déclarent ne pas être fréquemment confrontés aux soins palliatifs, à la fin de vie, ou à l'annonce d'un diagnostic grave.

3. EVALUATION DU SEP PAR LE MBI

3.1. Prévalence du SEP : figures 4 et 5

Épuisement émotionnel :

Le Score moyen est de 19,48+/-10,27.

- 116 étudiants soit 38,16 % ont un score d'épuisement émotionnel bas ;
- 79 étudiants soit 25,99 % ont un score modéré ;
- 51 étudiants soit 16,78 % ont un score élevé ;
- 58 données manquantes soit 19,08%.

Concernant uniquement les répondants, 246 étudiants :

- 47,15 % ont un score d'épuisement émotionnel bas ;
- 32,11 % ont un score modéré ;
- 20,73 % ont un score élevé.

Dépersonnalisation :

Le score moyen est de 8,75+/-5,83.

- 81 étudiants soit 26,64% ont un score de dépersonnalisation bas ;
- 94 étudiants soit 30,92 % ont un score modéré ;
- 73 soit 24,01 % ont un score élevé ;
- 56 données manquantes soit 18,42 %.

Concernant uniquement les répondants, 248 étudiants :

- 32,66 % ont un score de dépersonnalisation bas ;
- 37,90 % ont un score modéré ;
- 29,43 % ont un score élevé.

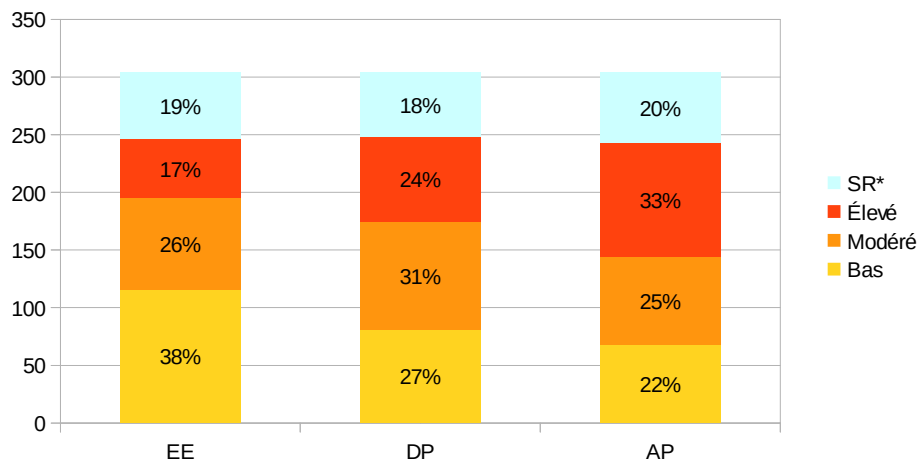
Accomplissement personnel :

Le score moyen est de 34,90+/-7,61.

- 99 étudiants soit 32,57 % ont un score d'accomplissement personnel élevé ;
- 76 étudiants soit 25,00 % ont un score modéré ;
- 68 étudiants soit 22,37 % ont un score bas ;
- 61 données manquantes soit 20,07 %.

Concernant uniquement les répondants, 243 étudiants :

- 40,74 % ont un score d'accomplissement personnel élevé ;
- 31,27 % ont un score modéré ;
- 27,98 % ont un score d'accomplissement personnel bas.



*SR=données manquantes

Figure 4 : Résultats aux sous dimensions du test MBI avec données manquantes.

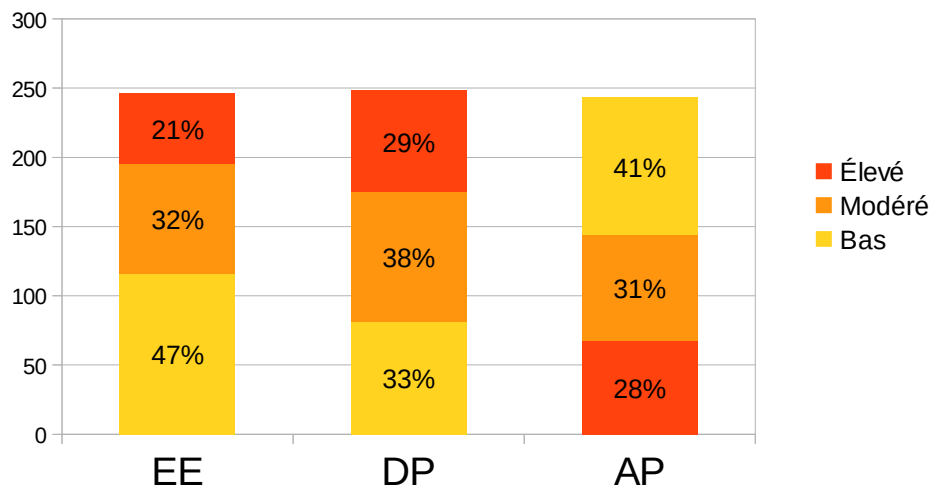


Figure 5 : Résultats aux sous dimensions du test MBI

3.2. Degré du SEP : figure 6

- 39% des étudiants ont un SEP faible ;
- 22% des étudiants ont un SEP moyen ;
- 8% des étudiants ont un SEP élevé.

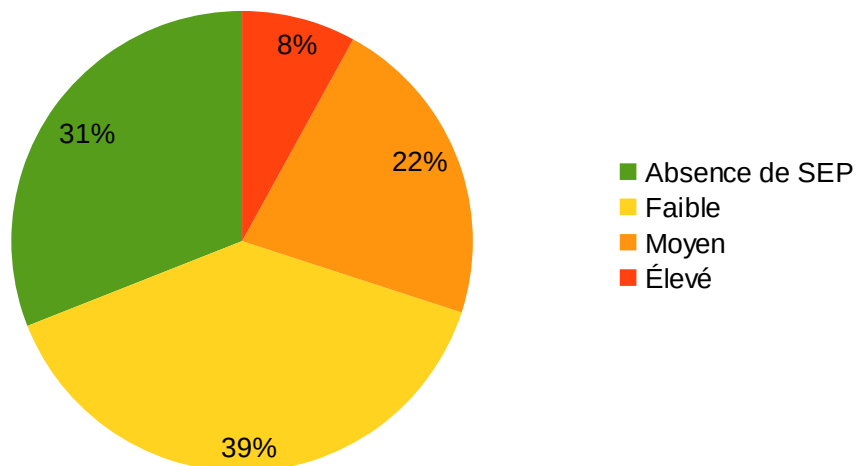


Figure 6 : Degré du SEP

3.3 SEP et sexe

Les femmes ont un score d'épuisement émotionnel moyen de 20,10 vs 18,16% pour les hommes, elles ont un score de dépersonnalisation moyen de 8,15 vs 10,49 pour les hommes, et elles ont un score d'accomplissement personnel moyen de 35,02 vs 34,79 pour les hommes.

En résumé :

- **69 % des étudiants présentent un syndrome d'épuisement professionnel** dont 8 % un SEP élevé.
- **Presque 21 % ont un score d'épuisement émotionnel élevé.**
- **29 % ont un score de dépersonnalisation élevé.**
- **Presque 28 % ont un score d'accomplissement personnel bas.**
- **Le score moyen d'épuisement émotionnel est plus élevé chez les femmes**
- **Le score moyen de dépersonnalisation est plus élevé chez les hommes**

4. EVALUATION DE L'EMPATHIE PAR L'IRI

4.1. Scores moyens :

Le score moyen de l'empathie cognitive est 35,11 :

- score moyen de la « prise de perspective », perspective taking (PT) est 17,84 ;
- score moyen de la « fantaisie », fantasy (FS) est 17,23.

Le score moyen de l'empathie émotionnelle est 32,84 :

- score moyen du « souci empathique », empathic concern est 20,13 ;
- score moyen de la « détresse personnelle », personal distress est 12,38.

4.2. Empathie et sexe :

Le score moyen d'empathie cognitive chez les femmes est de 35,73 vs 33,43 chez les hommes. Le score moyen de prise de perspective est de 17,82 vs 18,05 chez les hommes, le score moyen de fantaisie est de 17,84 chez les femmes vs 15,47 chez les hommes.

Le score moyen d'empathie émotionnelle est de 33,76 chez les femmes vs 29,11 chez les hommes. Le score moyen de détresse personnelle est de 12,88 chez les femmes vs 11,11 chez les hommes, et le score moyen du souci empathique est de 20,80 chez les femmes vs 18,07 chez les hommes.

En résumé :

- Le score moyen de l'empathie cognitive est 35,11
- Le score moyen de l'empathie émotionnelle est 32,84
- Le score d'empathie émotionnelle est plus élevé chez les femmes

5. EVALUATION DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS PAR L'HAD

5.1. Scores moyens :

Score moyen global est de 12,17.

Score moyen de la sous échelle Anxiété : 8,23

Score moyen de la sous échelle Dépression est 3,92.

5.2. Prévalence : figure 7

Sous échelle Anxiété :

Sur les 248 étudiants ayant répondu à toutes les questions 64 ont un score douteux et 67 ont un score pathologique indiquant un trouble anxieux.

Sous échelle dépression :

Sur les 242 étudiants ayant répondu à toutes les questions 27 ont un score douteux et 11 ont un score pathologique indiquant un trouble dépressif.

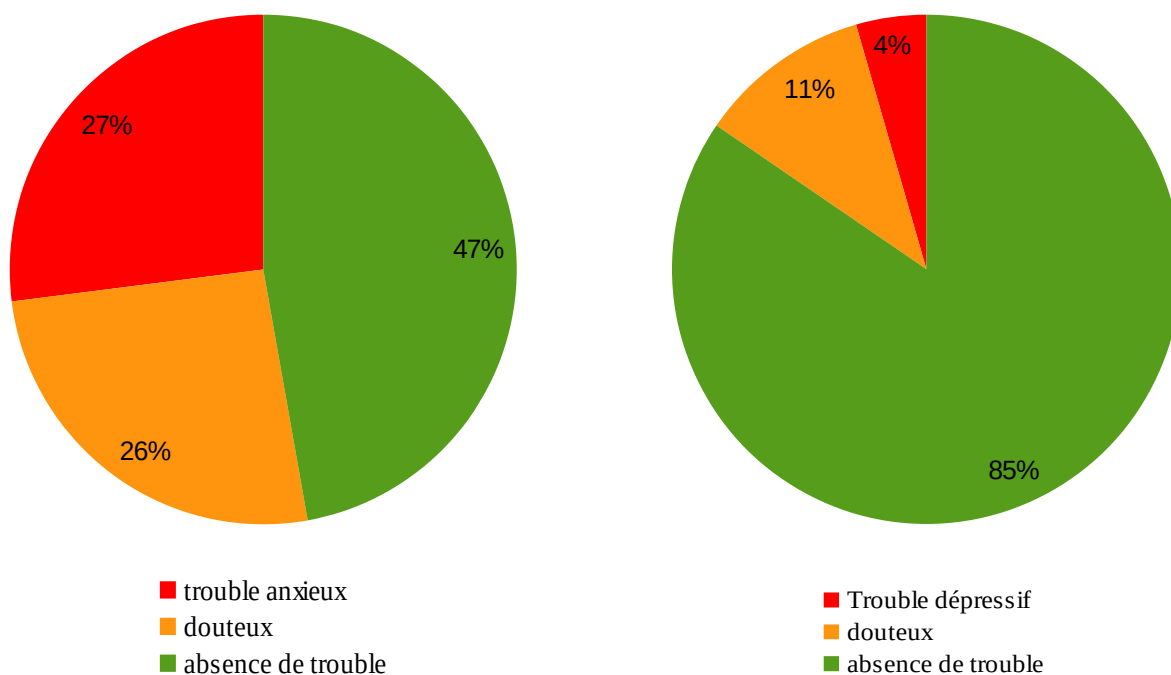


Figure 7 : prévalence des troubles anxio-dépressifs

5.3. Troubles anxio-dépressifs et sexe :

Le score total moyen est de 12,81 pour les femmes vs 10,55 pour les hommes. Pour la sous échelle anxiété le score moyen des femmes est de 8,79 vs 6,67 pour les hommes. Pour la sous échelle dépression le score moyen des femmes est de 4,03 vs 3,77 pour les hommes.

En résumé :

- **27 % des étudiants présentent un trouble anxieux.**
- 4 % présentent un trouble dépressif.
- Les femmes sont plus à risque d'avoir un trouble anxieux.

6. ETUDES DE CORRELATION ENTRE MBI IRI ET HAD

6.1. Corrélations entre SEP et Empathie : figure 8

L'étude des résultats montre une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la détresse personnelle, coefficient de corrélation de Spearman 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 Spearman de -0,28 ($p < 0,0001$). Aucune autre corrélation n'est retrouvée entre la dépersonnalisation et les autres sous dimension de l'échelle de l'IRI.

On retrouve également une corrélation négative entre l'accomplissement personnel et la détresse personnelle, coefficient de corrélation de Spearman de -0,30 ($p < 0,0001$). Aucune autre corrélation n'est retrouvée entre l'accomplissement personnel et les autres sous

dimension de l'échelle de l'IRI.

On ne retrouve pas de corrélation entre les scores globaux de l'empathie cognitive et de l'empathie émotionnelle avec les sous dimensions du MBI

Coefficients de corrélation de Spearman Proba > [r] sous H0 : Rho=0 Nombre d'observations				
	EE	DP	AP	MBI score total
Fantasy	0,00745 0,9098 234	-0,08852 0,1753 236	0,02965 0,6533 232	-0,04569 0,5011 219
Souci empathique	-0,01789 0,7868 231	-0,28115 <0,0001 232	0,20791 0,0016 229	-0,05217 0,4445 217
Prise de perspective	0,08181 0,2154 231	-0,13496 0,0391 234	0,15856 0,0161 230	0,03807 0,5761 218
Détresse personnelle	0,29523 <0,0001 234	0,10784 0,0991 235	-0,30337 <0,0001 232	0,13074 0,0528 220
Empathie cognitive	0,07199 0,2769 230	-0,13345 0,0418 233	0,12138 0,0667 229	0,00851 0,9008 217
Empathie émotionnelle	0,21722 0,0009 230	-0,09618 0,1451 231	-0,10391 0,1169 229	0,06317 0,3544 217

Figure 8 : Corrélations entre MBI et IRI, test de Spearman

6.2. Corrélations entre SEP et troubles anxio-dépressifs : figure 9

On retrouve une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et :

- le score d'anxiété : coefficient de corrélation de Spearman de 0,51 ($p < 0,0001$),
- le score de dépression : coefficient de corrélation de Spearman de 0,55 ($p < 0,0001$),
- le score global de l'échelle HAD : coefficient de corrélation de Spearman de 0,59 ($p < 0,0001$).

Il existe une corrélation positive entre le score de dépersonnalisation et le score de dépression, coefficient de Spearman de 0,288 ($p < 0,0001$). On ne retrouve pas de corrélation entre le score de dépersonnalisation et le score de l'anxiété, ni avec le score global de l'HAD.

Il existe également une corrélation négative entre le score d'accomplissement personnel et :

- le score de dépression : coefficient de corrélation de Spearman de -0,40 ($p < 0,0001$)
- le score global de l'HAD : coefficient de corrélation de Spearman de -0,35 ($p < 0,0001$).

Le test de corrélation de Spearman nous montre une corrélation positive entre le score global du MBI et le score d'anxiété (coefficient de 0,33), le score de dépression (coefficient de 0,32) et le score global de l'HAD (coefficient de 0,36).

Coefficients de corrélation de Spearman Proba > [r] sous H0 : Rho=0 Nombre d'observations				
	EE	DEP	AP	MBI score total
Score Anxiété	0,51121 <0,0001 238	0,14934 0,0209 239	-0,22602 0,0005 235	0,33422 <0,0001 221
Score Dépression	0,55055 <0,0001 234	0,28885 <0,0001 234	-0,40202 <0,0001 230	0,32733 <0,0001 218
HAD Score total	0,59206 <0,0001 231	0,24324 0,0002 231	-0,35666 <0,0001 227	0,36368 <0,0001 215

Figure 9 : Corrélations entre MBI et HAD, test de Spearman

6.3. Corrélations entre Empathie et troubles anxio-dépressifs : figure 10

Le test de corrélation de Spearman met en évidence une corrélation positive entre le score de détresse personnelle et le score d'anxiété, coefficient de 0,36 ($p < 0,0001$) ; ainsi qu'avec le score d'HAD total, coefficient de 0,32 ($p < 0,0001$).

Il existe ainsi une corrélation positive entre le score global de l'empathie émotionnelle et le

score de l'anxiété, coefficient de 0,34($p<0,0001$), et avec le score global de l'HAD, coefficient de 0,26 ($p<0,0001$).

En revanche, on ne retrouve aucune corrélation entre l'empathie cognitive, que ce soit le score global ou les sous dimensions fantaisie et prise de perspective, avec les scores de l'échelle HAD.

Coefficients de corrélation de Spearman Proba > [r] sous H0 : Rho=0 Nombre d'observations						
	Fantasy	Souci empathique	Prise de perspective	Détresse personnelle	Empathie cognitive	Empathie émotionnelle
Score Anxiété	0,02837 0,6612 241	0,14799 0,0227 237	0,11834 0,0684 238	0,36999 <0,0001 240	0,09639 0,1390 237	0,34575 <0,0001 236
Score Dépression	-0,11861 0,0689 236	-0,05053 0,4427 233	-0,00637 0,9230 233	0,18185 0,0051 236	-0,11058 0,0929 232	0,10544 0,1092 232
HAD Score total	-0,04005 0,5430 233	0,05035 0,4473 230	0,07011 0,2897 230	0,32353 <0,0001 233	0,00804 0,9037 229	0,26099 <0,0001 229

Figure 10 : Corrélations entre IRI et HAD, test de Spearman

En résumé :

- corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la détresse personnelle ainsi qu'avec les troubles anxio-dépressifs.
- corrélation négative entre la dépersonnalisation et le souci empathique.
- 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

DISCUSSION

Notre étude nous a permis de répondre à nos objectifs. Nous avons mis en évidence des corrélations entre les sous dimensions du syndrome d'épuisement professionnel et celles de l'empathie. Nous avons défini les caractéristiques de notre échantillon et établi la prévalence des troubles anxio-dépressifs. Cependant, l'interprétation de nos résultats doit rester prudente devant les biais que comporte notre étude.

1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

1.1. Biais de recrutement

Nous avons obtenu un taux de réponses de 16,7 %. Ce taux est faible comparé aux autres études sur le SEP chez les médecins ou étudiants en Médecine.

- Dans les études menées à l'étranger, le taux de réponses est supérieur à 50 %, en moyenne 60% de répondants. [15] [17] [20] [21] [31]. Les études menées en France, auprès des médecins, dont les questionnaires ont été adressés par voie postale permettent de retrouver des taux de réponse allant de 20 à 63%. [9][8][14][108]

Le choix d'adresser les questionnaires par courriers électroniques peut donc en partie expliquer le faible taux de réponses. En effet, les études menées dans le cadre de thèses auprès des étudiants en Médecine ont obtenu des taux de réponses plus élevés quand les questionnaires étaient directement distribués aux étudiants lors des choix de stage : 65 et 92%. [22][109] Les questionnaires pour évaluer le SEP des étudiants de DCEM 2 de la faculté de Paris Descartes ont été adressés par courrier électronique mais il a fallu une intervention pendant un de leur cours pour atteindre un taux de réponses de 41%. [19]

La seule étude menée dans le cadre d'une thèse sur ce sujet ayant obtenu un taux de réponses aussi faible (16,1%) a été adressé uniquement par courrier électronique.[110]

- Les courriers électroniques ont été majoritairement envoyés sur les adresses ENT. Seules les adresses mails personnelles des étudiants en Maïeutique et des internes en spécialités ont pu être récupérées. L'envoi des mails sur les adresses personnelles a pu favoriser le taux de participation puisque les étudiants en Maïeutiques ont répondu à 25%.

- L'hébergement de nos questionnaires sur l'ENT de l'université a certainement lui aussi limité le nombre de réponse. L'accès aux questionnaires nécessitait un identifiant et un mot de passe. Certains étudiants, comme les internes en spécialité, n'utilisent pas ou peu cet environnement numérique. Il leur fallait donc se créer un « compte ENT », ce qui leur demandait plus de temps, et ce malgré le tutoriel créé pour leur simplifier la tâche. Seul les internes de spécialité ayant fait leur externat à la Faculté de Poitiers connaissaient déjà l'ENT. Ce choix peut expliquer que le taux de participation des internes de spécialité, 7,7%, soit le plus faible de la cohorte.

1.2. Biais d'auto-sélection

- les internes de Médecine générale ont le taux de participation le plus élevé, 26%. Sachant que cette étude était menée par 7 internes de médecine générale, leur permettant de réaliser leur thèse d'exercice, certains ont pu prendre le temps de répondre par solidarité.
- L'intérêt porté au sujet de l'étude influence la participation. Il est aussi possible que les étudiants se sentant concernés par le sujet aient plus facilement répondu aux questionnaires. Ceci peut donc majorer le taux d'épuisement professionnel dans notre étude par rapport au taux réel dans la population d'étudiants en Médecine et Maïeutique de Poitiers.

1.3. Biais liés aux modalités de l'enquête

- La période sur laquelle a été réalisée l'étude, en juin, peut être considérée comme un biais d'investigation. La période estivale est en générale moins stressante pour les étudiants. Pour la majorité d'entre eux, 90%, ils se trouvaient hors période d'examen. De plus, pour la plupart, la saison d'été est synonyme de l'approche de vacances. Le taux d'étudiants en épuisement est donc peut être minimisé. Les réponses à certaines questions pour la définition des échantillons dépendent directement de la période à laquelle a lieu l'étude. C'est pourquoi nous avons prévu, dans l'étude No BurnOut, une étude de la stabilité du MBI entre M0 et M4.

- Le choix de l'auto-questionnaire s'est fait devant l'importance de notre échantillon initial. S'il a l'avantage de donner des réponses peut être plus spontanées car non influencées par un « examinateur », les réponses restent subjectives. Le taux d'épuisement professionnel peut être minimisé. Un étudiant en SEP peut ne pas avoir « le courage », l'envie, de répondre aux questionnaires. Ses réponses peuvent ne pas être objectives, il peut minimiser ses symptômes ou être dans le déni. Le SEP restant un sujet encore « tabou ».

Afin d'éliminer les biais d'auto-sélection et de l'auto-questionnaire, une étude doit être menée sur les non répondants à M4 de l'étude No BurnOut. Ils seront personnellement contactés et invités à remplir le MBI en présence d'un « examinateur ». Cette étude nous permettra de comparer les taux de SEP entre les répondants et les non répondants.

1.4. Biais d'analyse

- Le MBI nous donne un aperçu de l'état d'épuisement professionnel des étudiants mais il ne constitue pas un diagnostic. Il n'existe pas de test ou d'échelle permettant de poser le diagnostic de syndrome d'épuisement professionnel.
- Les liens retrouvés entre SEP et empathie sont de simples corrélations, aucun lien de causalité n'a été mis en évidence.
- Les analyses ont été menées sur l'échantillon global sans distinction de spécialité ou d'année d'étude, la comparaison des résultats avec les autres études est donc délicate.
- Le questionnaire des données socio-démographiques a été réalisé suite à une revue de la littérature sur le SEP et ses facteurs associés mais il ne s'agit pas d'un outil validé. Les corrélations entre les sous dimensions du SEP et les facteurs associés n'ont pas été recherchés dans cette étude.
- L'absence de réponses à certains questionnaires a limité l'analyse des tests de corrélations à 239 répondants. Les données manquantes sont nombreuses, c'est pourquoi nous avons pris soin de les signaler.

2. INTERPRETATIONS DES RESULTATS

2.1. Caractéristiques de notre échantillon

Notre échantillon est composé de 71,05% de femmes. On peut donc dire que les femmes ont plus répondu à notre étude que les hommes car elles représentaient 59,71% de la population cible.

Il est possible qu'elles se soient senties plus concernées mais nous ne pouvons en dire la cause. Une analyse de corrélation avec les résultats du MBI devra être effectuée.

La population des répondants se caractérise par une majorité d'étudiants en quatrième et septième année de Médecine, de célibataires sans enfants, en stage au CHU, et dont l'âge moyen est de 21,9 ans.

Résultats principaux :

Sur le plan de la santé et des addictions :

- 14% ont des idées suicidaires ce qui correspond à la population étudiante générale française 12% ont eu des idées suicidaires[111] ;
- 2,6% consomment de l'alcool quotidiennement, ce qui est plus élevé que dans la population étudiante générale où 0,8% des étudiants déclarent consommer de l'alcool quotidiennement[111] ;
- La prévalence des troubles anxieux est de 27 % et celle des troubles dépressifs est de 4% ; ces chiffres sont inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature à l'étranger mais les scores utilisés étaient ceux de Beck et Hamilton. Je n'ai pas retrouvé d'étude française sur la prévalence des troubles anxio-dépressifs utilisant l'échelle HAD en France.

Concernant le vécu des études, certains facteurs pourraient participer à augmenter le stress ressenti, la forte prévalence des troubles anxio-dépressifs, ou encore expliquer des chiffres bas d'accomplissement :

Sans analyse de corrélation nous ne pouvons cependant l'affirmer.

- 56% estiment ne pas avoir assez de temps à consacrer à leurs proches ;
- 43% se sont déjà senti humiliés ou dépréciés ;

- 35% ont envisagé d'arrêter leurs études ;
- 53% estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires à leur exercice actuel ;
- Il est important de signaler que 80% d'entre eux ont peur des erreurs médicales.

2.2. Comparaison des résultats du MBI

Afin de mieux déterminer la représentativité de notre échantillon nous avons décidé de comparer les scores moyens des sous échelles du MBI à ceux d'autres populations :

	Épuisement émotionnel Moyenne+/- écart type	Dépersonnalisation Moyenne+/- écart type	Accomplissement Personnel Moyenne+/- écart type
Échantillon normatif nord-américain (n = 11067) [9]	20,3 +/- 10,75	8,73 +/- 5,89	34,58 +/- 7,11
Échantillon normatif hollandais (n = 3892) [9]	17,86 +/- 8,50	7,35 +/- 4,29	30,95 +/- 5,72
Internes de Médecine générale Ile de France (n= 692) [108]	22,1 +/- 10,2	10,6 +/- 5,8	33,7 +/- 7,1
Internes de Médecine générale français [22]	20 +/- 9,36	9,7 +/- 5,17	34,8 +/- 6,96
Externes en DCEM2 Paris Descartes (n =174) [19]	21 +/- 9,8	8,5 +/- 5,8	34,7 +/- 6,9
Étudiants en Médecine et Maïeutique Poitiers	19,48 +/-10,27	8,75 +/- 5,83	34,90 +/- 7,61

Nous pouvons dire que les scores moyens obtenus aux sous échelles du MBI de notre échantillon sont proches de ceux obtenus par l'échantillon normatif Nord-Américain.

Étant donné que notre échantillon se compose aussi bien d'internes que d'externes, et d'étudiants en Maïeutique, la comparaison avec les résultats des autres études est difficile. Cependant, nos scores moyens sont très proches de ceux obtenus par les internes de Médecine générale français [22] et les externes de DCEM 2 de Paris Descartes [9].

Ainsi notre échantillon semble assez représentatif des étudiants en Médecine Français concernant les scores moyens d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel.

Concernant le taux de SEP de notre échantillon, une nette majorité des étudiants présente un SEP puisqu'ils sont 69% à avoir au moins un score pathologique. Ce score correspond au fait que 67% des étudiants se sentent menacés par le SEP au moins plusieurs fois par mois. Cependant, ce score paraît particulièrement élevé malgré les biais déjà cités. Nous avons décidé de comparer nos résultats à ceux d'autres études françaises réalisées sur des internes de Médecine Générale ou sur des externes.

	Taux de réponse	% de femmes	EE élevé	DP élevé	AP bas	% SEP*
Internes de Médecine générale [22]	64,2%	69%	16%	33,80%	38,9%	58,1%
Internes de Médecine générale Ile de France (n= 692) [108]	92%	62,6%	24,1%	42%	48,6%	Non renseigné
Externes en DCEM2 Paris Descartes (n =174) [19]	41%	58,6%	18,4%	32,8%	25,3%	59,8%
Étudiants en Médecine et Maïeutique Poitiers	16,70%	71,05%	20,73%	29,43%	27,98%	69%

*taux d'étudiant ayant au moins 1 score pathologique aux sous dimensions du MBI

On peut observer que nous avons un taux de dépersonnalisation inférieur aux autres études. Cela peut être expliqué par la large représentation des femmes dans notre échantillon. En effet, les études ont prouvé que les hommes avaient des scores de dépersonnalisation plus élevés que les femmes. La dépersonnalisation reste cependant le symptôme le plus représenté dans notre population.

Il faut aussi noter que le taux d'épuisement émotionnel est important puisqu'il atteint plus de 20%.

Le plus étonnant est le faible taux d'accomplissement personnel bas comparé aux autres études réalisées sur les internes. Ceci peut être dû à la présence de 46% d'externes dans notre

échantillon. Ces données tendent néanmoins à confirmer l'hypothèse de Christina MASLASH. Le SEP débiterait par l'apparition de l'épuisement émotionnel éventuellement 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.

2.3. Évaluation de l'empathie

Notre étude révèle des scores moyens d'empathie cognitive et d'empathie émotionnelle plus élevés chez les femmes que chez l'homme. Cet écart est plus important pour les sous dimensions , « détresse personnelle » et surtout « souci empathique ». Ces résultats corroborent ceux des études réalisées jusqu'à présent à l'étranger. [62][63][64][65][66][100] Une étude de corrélation entre l'empathie et les données socio-démographiques permettrait de définir les facteurs associés à l'empathie, ce qui n'a pas encore été mené en France.

2.4. Corrélation entre SEP, empathie et troubles anxio-dépressifs

Nous avons mis en évidence des corrélations entre SEP et empathie, mais elles ne correspondent pas dans leur totalité à nos hypothèses de départ.

Les résultats des tests de corrélations confirment notre hypothèse d'une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la détresse personnelle. En revanche, aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre la dépersonnalisation et la détresse personnelle. Ni entre la « prise de perspective » et l'épuisement émotionnel ou la dépersonnalisation.

La dépersonnalisation est, elle, corrélée au « souci empathique » de manière négative et l'accomplissement personnel est inversement corrélé à la « détresse personnelle ».

Nos résultats correspondent donc en partie à ceux déjà retrouvés dans les 3 études menées à l'étranger chez les étudiants. L'étude de 2007 conduite aux États Unis [98] retrouve une corrélation inverse entre la dépersonnalisation et l'empathie, et une corrélation positive entre l'accomplissement personnel et l'empathie. Celle de 2010 [99] retrouve une corrélation inverse entre empathie et SEP. Nous n'avons nous retrouvé aucune corrélation entre le score global du MBI et une sous dimension de l'empathie dans notre étude. Cependant nous ne pouvons établir de réelle comparaison entre ces études et la nôtre car les échelles d'évaluation de l'empathie sont différentes. En revanche, l'étude menée au Brésil en 2014 [100], utilisant l'IRI pour évaluer l'empathie, met elle aussi en évidence une corrélation inverse entre la dépersonnalisation et le « souci empathique », et entre l'accomplissement personnel et la

« détresse personnelle ». Cependant, elle souligne aussi une corrélation inverse entre la dépersonnalisation et la « prise de perspective », et une corrélation positive entre l'accomplissement personnel et la « prise de perspective ».

La validation du test de l'IRI en français étant très récente, je n'ai pas retrouvé d'étude similaire menée en France sur les étudiants à laquelle nous pourrions nous référer. La seule étude française étudiant les corrélations entre empathie et SEP a été réalisée chez des médecins généralistes et utilise l'échelle JSPE et The Toronto Empathy Questionnaire. Elle considère qu'un score bas de « prise de perspective » (empathie cognitive) est un facteur de risque du SEP et que l'association de scores élevés à la « prise de perspective » (empathie cognitive) et au « souci empathique » (empathie émotionnelle) jouerait un rôle protecteur. Nos résultats ne semblent pas aller dans ce sens puisque nous n'avons retrouvé aucune corrélation entre la « prise de perspective et les sous échelles du MBI.

De plus, bien que nous ayons démontré une corrélation inverse entre le « souci empathique » et la dépersonnalisation, nos tests n'évaluent que les corrélations et non les liens de causalité. Nous ne pouvons donc ni affirmer ni infirmer le rôle protecteur (ou non) des sous dimensions de l'empathie vis à vis du SEP et inversement.

Des tests de corrélations ont été réalisés avec les résultats de l'HAD. Nous avons mis en évidence une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et les troubles anxio-dépressifs. Une corrélation inverse entre l'accomplissement personnel et le score de dépression. Une corrélation positive entre la détresse personnelle et l'anxiété.

3. PERSPECTIVES

La forte prévalence du SEP chez les étudiants en Médecine et Maïeutique nous confirme l'importance et l'urgence à mettre en place une stratégie de prévention dans cette population.

La confirmation attendue de corrélations entre SEP et empathie ouvre de nouvelles perspectives en termes de prévention du SEP. Il serait pourtant nécessaire d'étudier les liens de causalité entre l'empathie et le SEP afin de déterminer au mieux de nouvelles stratégies de prévention et de prise en charge.

Quoi qu'il en soit, en considérant l'empathie comme un facteur associé au SEP, qu'il soit protecteur ou prédictif, une intervention sur l'empathie des étudiants influencerait la prévalence du SEP. Bien que l'enseignement de l'empathie fasse partie des études médicales, il

est difficile à mettre en place et à évaluer sur le plan individuel.

A l'inverse, une intervention diminuant le SEP pourrait améliorer l'empathie des étudiants donc la relation médecin-patient et la qualité des soins.

La méditation de pleine conscience a déjà fait ses preuves dans de nombreux domaines, et notamment en ce qui concerne le SEP mais aussi dans le domaine de l'empathie. De nombreuses études sur les impacts de la pratique de la méditation de pleine conscience ont été réalisées. La pratique de la méditation permet de diminuer le stress, les troubles anxieux, les symptômes dépressifs, et de diminuer le risque de rechute après une dépression.[112][113][114] Des études menées plus particulièrement auprès des professionnels de santé et des étudiants ont prouvé que l'apprentissage à la méditation de pleine conscience permettait de diminuer le SEP, les troubles anxio-dépressifs, mais aussi d'améliorer l'empathie.[115][116][117] Ainsi la méditation de pleine conscience nous apparaît comme une piste de travail à explorer dans la prise en charge et la prévention du SEP, puisqu'elle agit aussi bien sur les symptômes du SEP que sur l'empathie ou les troubles anxieux.

La grille SECCA est un outil validé par la communauté scientifique et couramment utilisé en thérapie cognitivo-comportementale. [118] Elle comporte un axe synchronique dans lequel est analysé le problème actuel (étude des liens entre Situation, Émotion, Cognition, Comportement, Anticipation). Elle est utilisée dans la prise en charge des troubles anxio-dépressifs mais aussi chez les personnes souffrant de SEP et de syndrome de stress post-traumatique.[119] Devant la prévalence des troubles anxieux de notre population, l'utilisation de la grille SECCA pourrait être bénéfique chez les étudiants afin de diminuer le SEP.

Bien sûr, il ne s'agit que de quelques pistes de travail et de nombreuses autres restent à explorer. Une prise en charge, ou action de prévention, intervenant sur les facteurs organisationnels est le plus souvent citée par les médecins ou étudiants interrogés dans les études réalisées jusqu'à présent, mais une modification d'ordre organisationnelle semble peu réalisable sur le plan collectif. C'est pourquoi explorer cette nouvelle voie que sont les outils inspirés des thérapies cognitivo-comportementales nous semble intéressant.

Afin de poursuivre l'étude No BurnOut, il nous faut augmenter le taux de répondants pour les prochaines étapes. La publication des résultats de notre étude peut sans doute améliorer ce taux en provoquant une certaine prise de conscience de la prévalence du SEP. Pour nous aider dans cette tâche, une étude qualitative sur les facteurs influençant la non réponse à l'étude a été réalisée.

CONCLUSION

Notre étude a permis de confirmer l'existence de corrélations entre l'empathie et le syndrome d'épuisement professionnel, chez les étudiants en Médecine et en Maïeutique de l'Université de Poitiers, ce qui nous ouvre de nouvelles perspectives dans la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Cette première étape de l'étude No BurnOut nous encourage à poursuivre nos recherches. Elle s'est aussi révélée être une étape essentielle pour la suite. En effet, elle sert de modèle pour la randomisation, elle vérifie les prévalences dans notre Faculté et leur conformité aux données de la littérature. Elle a permis de mettre en évidence des biais et des lacunes dans le recueil sur lesquels il nous faut désormais travailler afin d'améliorer la suite de l'étude. Une des inconnues restantes porte sur les non répondants : quels sont les caractéristiques de cette population ? Quelles causes à leur non réponses et selon quelles fréquences ? La forte prévalence du syndrome d'épuisement professionnel dans notre échantillon nous conforte dans notre idée qu'il est nécessaire et important de travailler sur l'élaboration d'une prévention collective.

N'oublions pas que la qualité de nos soins dépendent aussi de notre santé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hoffman A. « Burn out biographie d'un concept » -Santé conjugée- avril 2005-n°32
[file:///C:/Users/Sara/Downloads/SC32_ah_I%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Sara/Downloads/SC32_ah_I%20(1).pdf) consulté le 12 novembre 2014.
- [2] Glauser M. « BURN OUT Comment ne pas se faire happer par l'épuisement professionnel en tant que travailleur social ? » Travail Social, Education sociale 2010.
https://doc.rero.ch/record/21446/files/GLAUSER_Martine_TB.pdf consulté le 12 novembre 2014.
- [3] Freudenberg Herbert J. « Staff Burn-Out ». *Journal of Social Issues* 30, n° 1 (1 janvier 1974): 159-65. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
- [4] Maslach Christina, Wilmar B. Schaufeli, et Michael P. Leiter. « Job Burnout ». *Annual Review of Psychology* 52, n° 1 (2001): 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- [5] Korczak Dieter, Beate Huber, et Christine Kister. « Differential Diagnostic of the Burnout Syndrome ». *GMS Health Technology Assessment* 6 (2010): Doc09. doi:10.3205/hta000087.
- [6] Delfosse J. Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel. *Le journal du conseil*. Mars 2013.
http://www.ces.irisnet.be/publications/le-journal-du-conseil/mars_2013.pdf consulté le 12 novembre 2014.
- [7] Soler Jean Karl, Hakan Yaman, Magdalena Esteva, 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): 245-65. doi:10.1093/fampra/cmn038.
- [8] Galam E, Mouriès R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. URML IDF/ Commission prévention et santé publique; 2007.
http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf consulté le 12 novembre 2014
- [9] Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Champagne Ardenne : URML de Champagne Ardenne ; 2003.

http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf.

Consulté le 12 novembre 2014.

[10] Truchot D. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Poitou-Charentes: URML Poitou-Charentes ; 2004.

[11] Estryn-Behar Madeleine, Marie-Hélène Braudo, Clémentine Fry, et Khalil Guetarni. « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) ». *L'information psychiatrique* 87, n° 2 (2011): 95-117.

[12] Schaufeli W. B., et D. Van Dierendonck. « A Cautionary Note about the Cross-National and Clinical Validity of Cut-off Points for the Maslach Burnout Inventory ». *Psychological Reports* 76, n° 3 Pt 2 (juin 1995): 1083-90. doi:10.2466/pr0.1995.76.3c.1083.

[13] INRS - Épuisement professionnel ou burn-out

Lien internet : <http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/epuisement-burnout.html>. Consulté le 14 novembre 2014.

[14] Truchot D, Begon A, Bois C, Cathebras P, Laporte S. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Press Med.* 2004 ; 33:1569-74.

[15] Dyrbye Liselotte N., Matthew R. Thomas, Jeffrey L. Huntington, Karen L. Lawson, Paul J. Novotny, Jeff A. Sloan, et Tait D. Shanafelt. « Personal Life Events and Medical Student Burnout: A Multicenter Study ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 81, n° 4 (avril 2006): 374-84.

[16] 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): 236-42. doi:10.4300/JGME-D-09-00054.1.

[17] Dyrbye LN, Massie F, Eacker A, et al. « Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among us medical students ». *JAMA* 304, n° 11 (15 septembre 2010): 1173-80. doi:10.1001/jama.2010.1318.

[18] Truchot D. Le burn out des étudiants en médecine. Champagne Ardenne :

Rapport URML de Champagne Ardenne ;2006.

http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burnout_etudiant.pdf consulté le 12 novembre 2014

[19] 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 12 novembre 2014.

[20]Blanchard P., D. Truchot, L. Albiges-Sauvin, S. Dewas, Y. Pointreau, M. Rodrigues, A. Xhaard, et al. « Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study ». *European Journal of Cancer* 46, n° 15 (octobre 2010): 2708-15. doi:10.1016/j.ejca.2010.05.014.

[21] Roumigué M., X. Gamé, J. -C. Bernhard, P. Bigot, N. Koutlidis, E. Xylinas, P. -O. Faïs, et al. « Les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel ? Évaluation par le Maslach Burn-out Inventory (MBI) ». *Progrès en Urologie* 21, n° 9 (octobre 2011): 636-41. doi:10.1016/j.purol.2011.02.006.

[22] Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. « Burn out among French Gps in training : A cross-Sectional Study ». *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 63, n°608(mars 2013) : e 217-24. doi 10,3399/bjgp13X664270.

[23] Mérine A. « Petit burn-out deviendra grand" : expression d'un malaise chez les futurs praticiens généralistes : comment agir et prévenir l'épuisement avant même l'exercice professionnel. » Thèse de 2010. Faculté de Poitiers.

[24]Melamed Samuel, Arie Shirom, Sharon Toker, Shlomo Berliner, et Itzhak Shapira. « Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions ». *Psychological Bulletin* 132, n° 3 (2006): 327-53. doi:10.1037/0033-2909.132.3.327.

[25] Melamed Samuel, Ursula Ugarten, Arie Shirom, Luna Kahana, Yehuda Lerman, et Paul Froom. « Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels ». *Journal of Psychosomatic Research* 46, n° 6 (juin 1999): 591-98. doi:10.1016/S0022-3999(99)00007-0.

[26] 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):

863-69. doi:10.1097/01.psy.0000242860.24009.f0.

[27] Reimer Christian, Saskia Trinkaus, et Harald B. Jurkat. « [Suicidal tendencies of physicians -- an overview] ». *Psychiatrische Praxis* 32, n° 8 (novembre 2005): 381-85. doi:10.1055/s-2005-866903.

[28] Leopold Y. « Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au conseil National de l'Ordre des Médecins » 2003.

[29] Dyrbye Liselotte N., Matthew R. Thomas, F. Stanford Massie, David V. Power, Anne Eacker, William Harper, Steven Durning, et al. « Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students ». *Annals of Internal Medicine* 149, n° 5 (2 septembre 2008): 334-41.

[30] Fahrenkopf Amy M., Theodore C. Sectish, Laura K. Barger, Paul J. Sharek, Daniel Lewin, Vincent W. Chiang, Sarah Edwards, Bernhard L. Wiedermann, et Christopher P. Landrigan. « Rates of Medication Errors among Depressed and Burnt out Residents: Prospective Cohort Study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 336, n° 7642 (1 mars 2008): 488-91. doi:10.1136/bmj.39469.763218.BE.

[31] 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.

[32] Sibbald Bonnie, Chris Bojke, et Hugh Gravelle. « National Survey of Job Satisfaction and Retirement Intentions among General Practitioners in England ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 326, n° 7379 (4 janvier 2003): 22.

[33] 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.

[34] Jordan Kayleen, Jennifer Fenwick, Valerie Slavin, Mary Sidebotham, et Jenny Gamble. « Level of Burnout in a Small Population of Australian Midwives ». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 26, n° 2 (juin 2013): 125-32. doi:10.1016/j.wombi.2013.01.002.

[35] Hastoy Anita. « Burnout en maternité de niveau III : étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguié ». Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier,

2013. <http://thesesante.ups-tlse.fr/248/>. Consulté le 12 novembre 2014.

[36] Mouriès R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives.rapport de l'URLM Ile de France. 2007Juin. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf consulté le 12 novembre 2014.

[37] 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 12 novembre 2014.

[38] Pacherie E. L'empathie et ses degrés". In L'empathie, sous la dir. de A. Berthoz & G. Jorland, 2004 ;Paris: Editions Odile Jacob pp. 149-181.

[39] Decety J. Neurosciences : Les mécanismes de l'empathie. Sciences Humaines N°150. Juin 2004
http://www.scienceshumaines.com/neurosciences-les-mecanismes-de-l-empathie_fr_4181.html. Consulté le 12 novembre 2014.

[40] Marin E. Enseigner l'empathie en médecine ? : Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2011.
http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/MARIN_Elsa_These_Partie1_1358171346069.pdf
Consulté le 14 novembre 2014

[41]Bursztejn C, et A Gras-Vincendon. « La □ théorie de l'esprit □: un modèle de développement de l'intersubjectivité ? ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 49, n° 1 (février 2001): 35-41. doi:10.1016/S0222-9617(01)80052-0.

[42] wikipédia définition théorie de l'esprit
http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_de_l'esprit consulté le 12 novembre 2014.

[43] Rizzolati Giacomo. « Les systèmes de neurones miroirs ». In *Conférence à l'Académie des sciences, Paris*, Vol. 12, 2006. http://algotaf.dhenin.fr/wp-content/uploads/jjd/Old/Apprendre/001_discours_Rizzolatti_12_12_06.pdf. Consulté le 12 novembre 2014.

[44] Gentilucci Maurizio, Leonardo Fogassi, Giuseppe Luppino, Massimo Matelli, Rosolino Camarda, et Giacomo Rizzolatti. « Somatotopic Representation in Inferior Area 6 of the Macaque Monkey ». *Brain, Behavior and Evolution* 33, n° 2-3 (1989): 118-21. doi:10.1159/000115912.

- [45] Mukamel Roy, Arne D. Ekstrom, Jonas Kaplan, Marco Iacoboni, et Itzhak Fried. « Single-Neuron Responses in Humans during Execution and Observation of Actions ». *Current Biology* 20, n° 8 (27 avril 2010): 750-56. doi:10.1016/j.cub.2010.02.045.
- [46] Morrison India, Donna Lloyd, Giuseppe Di Pellegrino, et Neil Roberts. « Vicarious Responses to Pain in Anterior Cingulate Cortex: Is Empathy a Multisensory Issue? ». *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience* 4, n° 2 (1 juin 2004): 270-78. doi:10.3758/CABN.4.2.270.
- [47] Jackson Philip L., Eric Brunet, Andrew N. Meltzoff, et Jean Decety. « Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain ». *Neuropsychologia* 44, n° 5 (2006): 752-61. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2005.07.015.
- [48] Akitsuki Yuko, et Jean Decety. « Social context and perceived agency affects empathy for pain: An event-related fMRI investigation ». *NeuroImage* 47, n° 2 (15 août 2009): 722-34. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.04.091.
- [49] Decety Jean, Kalina J. Michalska, et Yuko Akitsuki. « Who caused the pain? An fMRI investigation of empathy and intentionality in children ». *Neuropsychologia* 46, n° 11 (septembre 2008): 2607-14. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2008.05.026.
- [50] Decety Jean, et Kalina J. Michalska. « Neurodevelopmental Changes in the Circuits Underlying Empathy and Sympathy from Childhood to Adulthood ». *Developmental Science* 13, n° 6 (1 novembre 2010): 886-99. doi:10.1111/j.1467-7687.2009.00940.x.
- [51] Decety Jean. L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui. In : Berthoz A, Jorland G, editors. L'empathie. Paris : Odile jacob ; 2004. p.54.
- [52] Lamm Claus, Andrew N. Meltzoff, et Jean Decety. « How Do We Empathize with Someone Who Is Not Like Us? A Functional Magnetic Resonance Imaging Study ». *Journal of Cognitive Neuroscience* 22, n° 2 (13 janvier 2009): 362-76. doi:10.1162/jocn.2009.21186.
- [53] Lawrence E. J., P. Shaw, V. P. Giampietro, S. Surguladze, M. J. Brammer, et A. S. David. « The role of 'shared representations' in social perception and empathy: An fMRI study ». *NeuroImage* 29, n° 4 (15 février 2006): 1173-84. doi:10.1016/j.neuroimage.2005.09.001.

[54] Lamm C, C Batson, et J Decety. « The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-taking and Cognitive Appraisal ». *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, n° 1 (janvier 2007): 42-58. doi:10.1162/jocn.2007.19.1.42.

[55] 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.

[56] 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.

[57] 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.

[58] https://www.aamc.org/members/orr/84566/orr_responsibilities.html consulté le 12 novembre 2014.

[59] Professionalism, ACGME, <http://umm.edu/professionals/gme/competencies/professionalism> consulté le 12 novembre 2014.

[60] Présentation du D.E.S. 24 novembre 2012, http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/ consulté le 12 novembre 2014.

[61] BO n°23 du 7 juin 2007 <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm> consulté le 12 novembre 2014.

[62] 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.

[63] 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.

[64] Hojat Mohammadreza, Michael J. Vergare, Kaye Maxwell, George Brainard, Steven K. Herrine, Gerald A. Isenberg, Jon Veloski, et Joseph S. Gonnella. « The Devil Is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of

Empathy in Medical School »: *Academic Medicine* 84, n° 9 (septembre 2009): 1182-91. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b17e55.

[65] Hojat Mohammadreza, Salvatore Mangione, Thomas J Nasca, Susan Rattner, James B Erdmann, Joseph S Gonnella, et Mike Magee. « An Empirical Study of Decline in Empathy in Medical School ». *Medical Education* 38, n° 9 (1 septembre 2004): 934-41. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x.

[66] 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.

[67] Kataoka Hitomi U., Norio Koide, Koji Ochi, Mohammadreza Hojat, et Joseph S. Gonnella. « Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education »: *Academic Medicine* 84, n° 9 (septembre 2009): 1192-97. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b180d4.

[68] Magalhães Eunice, Ana P. Salgueira, Patrício Costa, et Manuel J. Costa. « Empathy in Senior Year and First Year Medical Students: A Cross-Sectional Study ». *BMC Medical Education* 11, n° 1 (29 juillet 2011): 52. doi:10.1186/1472-6920-11-52.

[69] Tavakol Sina, Reg Dennick, et Mohsen Tavakol. « Empathy in UK Medical Students: Differences by Gender, Medical Year and Specialty Interest ». *Education for Primary Care: An Official Publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors* 22, n° 5 (septembre 2011): 297-303.

[70] Bangash Areeb Sohail, Nisreen Feroz Ali, Abdul Haseeb Shehzad, et Sobia Haqqi. « Maintenance of empathy levels among first and final year medical students: a cross sectional study ». *F1000Research* 2 (16 juillet 2013). doi:10.12688/f1000research.2-157.v1.

[71] Hojat Mohammadreza, Salvatore Mangione, Thomas J. Nasca, Joseph S. Gonnella, et Mike Magee. « Empathy Scores in Medical School and Ratings of Empathic Behavior in Residency Training 3 Years Later ». *The Journal of Social Psychology* 145, n° 6 (1 décembre 2005): 663-72. doi:10.3200/SOCP.145.6.663-672.

[72] Chen Daniel C. R., M. Elaine Pahilan, et Jay D. Orlander. « Comparing a Self-Administered Measure of Empathy with Observed Behavior Among Medical Students ». *Journal of General Internal Medicine* 25, n° 3 (1 mars

2010): 200-202. doi:10.1007/s11606-009-1193-4.

[73] Magalhaes E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2011 Jul 29;11:52. doi: 10.1186/1472-6920-11-52.

[74] Ogle Jessica, John A. Bushnell, et Peter Caputi. « Empathy Is Related to Clinical Competence in Medical Care ». *Medical Education* 47, n° 8 (août 2013): 824-31. doi:10.1111/medu.12232.

[75] Tavakol Sina, Reg Dennick, et Mohsen Tavakol. « Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest ». *Education for Primary Care* 22, n° 5 (1 septembre 2011): 297-303.

[76] Hojat Mohammadreza, Joseph S. Gonnella, Thomas J. Nasca, Salvatore Mangione, Michael Vergare, et Michael Magee. « Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty ». *The American Journal of Psychiatry* 159, n° 9 (septembre 2002): 1563-69.

[77] Dyrbye Liselotte N., Anne M. Eacker, William Harper, David V. Power, F. Stanford Massie Jr., Daniel Satele, Matthew R. Thomas, Jeff A. Sloan, et Tait D. Shanafelt. « Distress and empathy do not drive changes in specialty preference among US medical students ». *Medical Teacher* 34, n° 2 (30 janvier 2012): e116-22. doi:10.3109/0142159X.2012.644830.

[78] McKenna Lisa, Malcolm Boyle, Ted Brown, Brett Williams, Andrew Molloy, Belinda Lewis, et Liz Molloy. « Levels of empathy in undergraduate midwifery students: An Australian cross-sectional study ». *Women and Birth* 24, n° 2 (juin 2011): 80-84. doi:10.1016/j.wombi.2011.02.003.

[79] Saultz John W., et Waleed Albedaiwi. « Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review ». *The Annals of Family Medicine* 2, n° 5 (9 janvier 2004): 445-51. doi:10.1370/afm.91.

[80] 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.

[81] Lecomte J. Empathie et ses effets. *Savoir et soins infirmiers*, 2011. http://www.psychologie-positive.net/IMG/pdf/Empathie_et_ses_effets_definitif.pdf. Consulté le 12 novembre 2014.

[82] Fogarty Linda A., Barbara A. Curbow, John R. Wingard, Karen McDonnell, et Mark R. Somerfield. « Can 40 Seconds of Compassion Reduce Patient Anxiety? ». *Journal of Clinical Oncology* 17, n° 1 (1 janvier 1999): 371-379.

[83] Emanuel Ezekiel J., Diane L. Fairclough, Julia Slutsman, et Linda L. Emanuel. « Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers ». *Annals of Internal Medicine* 132, n° 6 (21 mars 2000): 451-59. doi:10.7326/0003-4819-132-6-200003210-00005.

[84] 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.

[85] 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.

[86] 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* 86, n° 3 (mars 2011): 359-64. doi:10.1097/ACM.0b013e3182086fe1.

[87] Attar Hatim S., et Srinath Chandramani. « Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance ». *Annals of Indian Academy of Neurology* 15, n° Suppl 1 (août 2012): S89-94. doi:10.4103/0972-2327.100025.

[88] 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.

[89] Pollak Kathryn I., Stewart C. Alexander, James A. Tulsky, 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.

- [90] Kim Sung Soo, et Byung Kyu Park. « Patient-Perceived Communication Styles of Physicians in Rehabilitation: The Effect on Patient Satisfaction and Compliance in Korea ». *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 87, n° 12 (décembre 2008): 998-1005. doi:10.1097/PHM.0b013e318186babf.
- [91] 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 12 novembre 2014.
- [92] Benezech Jean-Pierre. « L'empathie : rencontrer l'autre fait souffrir ». *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 8, n° 6 (décembre 2009): 297-303. doi:10.1016/j.medpal.2009.03.008.
- [93] Gleichgerrcht Ezequiel, et Jean Decety. « The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians ». *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 8 (11 juillet 2014). doi:10.3389/fnbeh.2014.00243.
- [94] Gleichgerrcht Ezequiel, et Jean Decety. « Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians ». *PLoS ONE* 8, n° 4 (19 avril 2013): e61526. doi:10.1371/journal.pone.0061526.
- [95] Tisseron S. « L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ? : Empathy in the healthcare relationship: Motivation or pitfall ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 5, n° 5 (octobre 2011): 545-48. doi:10.1016/S1957-2557(11)70305-4.
- [96] Tei S., C. Becker, R. Kawada, J. Fujino, K. F. Jankowski, G. Sugihara, T. Murai, et H. Takahashi. « Can We Predict Burnout Severity from Empathy-Related Brain Activity? ». *Translational Psychiatry* 4 (2014): e393. doi:10.1038/tp.2014.34.
- [97] 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.
- [98] 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.

- [99] Brazeau Chantal M.L.R., Robin Schroeder, Sue Rovi, et Linda Boyd. « Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate »: *Academic Medicine* 85 (octobre 2010): S33-36. doi:10.1097/ACM.0b013e3181ed4c47.
- [100] 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. Tempiski. « 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.
- [101] 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.
- [102] Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory : manual edition. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1986
- [103] Langevin V., Boini S., François M., Riou A. Maslach Burnout Inventory (MBI). *Références en santé au travail*. (2012, sept) N°131, p. 157-1
- [104] Davis Mark H., American Psychological Association, et others. « A multidimensional approach to individual differences in empathy », 1980. http://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf. Consulté le 12 novembre 2014.
- [105] 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., à paraître.
- [106] 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.
- [107] Langevin V., François M., Boini S, Riou A. (2011, 3^{ème} trimestre) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Documents pour le Médecin du Travail*. INRS. N°127, p. 481-485
<http://www.inrs.fr/accueil/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-FRPS-13/frps13.pdf>. Consulté le 12 novembre 2014.
- [108] Mangen M, « étude du burn out chez les médecins généralistes Luxembourgeois » Thèse 2007
http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/mangen_these_burn_out.pdf consulté le 12 novembre 2014.

[109] Guinaud. « Evaluation du Burn Out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés » Thèse de 2006.

<http://doxa.u-pec.fr/theses/th0240093.pdf> consulté le 12 novembre 2014.

[110] Vaquin-Villeminé C, « Prévalence du burn out en médecine Générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles » Thèse de 2007, 59p.

http://www.urps-corse-ml.org/enquetes/burnout/these_burnout.pdf consulté le 12 novembre 2014.

[111] EPSE, LMDE. 3ème enquête nationale sur la santé des étudiants: Principaux enseignements. 12p.

http://www.lmde.com/fileadmin/pdf/securite_sociale/resultats_enquete_ENSE_3.pdf consulté le 12 novembre 2014.

[112] Krasner Michael S, Ronald M Epstein, Howard Beckman, Anthony L Suchman, Benjamin Chapman, Christopher J Mooney, et Timothy E Quill. « Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes among Primary Care Physicians ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 302, n° 12 (23 septembre 2009): 1284-1293.

[113] Fortney Luke, Charlene Luchterhand, Larissa Zakletskaia, Aleksandra Zgierska, et David Rakel. « Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study ». *Annals of Family Medicine* 11, n° 5 (octobre 2013): 412-420.

[114] Hofmann, Stefan G., Alice T. Sawyer, Ashley A. Witt, et Diana Oh. « The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review ». *Journal of consulting and clinical psychology* 78, n° 2 (avril 2010): 169-183.

[115] 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, n° 1 (avril 2013): 9-14.

[116] 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, n° 6 (1 décembre 1998): 581-599.

[117] 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, n° 4 (avril 2011): 381-388.

[118] Sommet C. Prise en charge d'un trouble panique par thérapie comportementale et cognitive [mémoire]. Psychologie : Paris ; 2000. 89
<http://atccoi.t.a.f.unblog.fr/files/2009/02/mmoire1troublepanique.pdf> consulté le 12 novembre 2014.

[119] Boudoukha AH. Burn-out et stress post-traumatique. Paris : Dunod ; 2008

ANNEXE 1 : Maslach Burn out 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 Interpersonnelle

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 décrit pas vraiment				Me décrit très bien

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) (-)

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.*, à paraître.

13. Lorsque je vois quelqu'un souffrir, j'ai tendance à garder mon sang froid.
14. Habituellement, le malheur des autres ne me perturbe pas particulièrement.
15. Si je suis sûr que j'ai raison , je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des autres.
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
17. Etre dans une situation émotionnellement tendue m'effraie.
18. Lorsque je vois une personne traité injustement, il m'arrive parfois de ne pas ressentir beaucoup de pitié pour elle.
19. Je suis habituellement efficace dans la gestion des situations d'urgences.
20. Je suis souvent touché (e) par des événements dont je suis témoin.
21. Je crois qu'il y a deux facettes à chaque question et j'essaie de prendre en considération toutes les deux.
22. Je me décrirais comme une personne qui s'attendrit plutôt facilement.
23. Lorsque je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place d'un des personnages principaux
24. J'ai tendance à perdre mon sang-froid dans les situations d'urgence.
25. Quand je suis en colère contre quelqu'un, j'essaye généralement de me mettre à sa place un instant.
26. Lorsque je lis un roman (ou une histoire) intéressant, j'imagine comment je me sentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient.
27. Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin d'aide dans une situation d'urgence, je perds mes moyens.
28. Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.

ANNEXE 3 : Données socio-démographiques, facteurs associés.

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
Craintes 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

Annexe 4: Hospital Anxiety and Depression Scale

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

RESUME

Introduction : Le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) chez les médecins apparaît dès le début du cursus universitaire. Il est responsable principalement d'arrêts précoces d'exercice professionnel, de suicides, d'une diminution de la qualité des soins. Le SEP touche jusqu'à 50% des étudiants en Médecine en France. Alors que la relation médecin-patient est placée au centre de l'exercice professionnel et que l'empathie est considérée comme une compétence médicale fondamentale, il semblerait exister un lien entre l'empathie et le SEP chez les étudiants en médecine.

Objectifs : L'objectif principal de notre étude est de déterminer s'il existe une corrélation entre l'empathie et le SEP, chez les étudiants en Médecine et en Maïeutique de la faculté de Médecine de Poitiers.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les caractéristiques de notre échantillon et la prévalence des troubles anxio-dépressifs, car cette étude s'inscrit dans une étude globale qui vise à tester des outils inspirés de thérapies cognitivo-comportementales, grille SECCA et mindfulness, en tant qu'outils de prévention du SEP chez les étudiants en Médecine et Maïeutique, « l'étude No BurnOut ».

Matériel et Méthodes : Le SEP a été évalué par l'échelle MBI, l'empathie par le test de Davis (IRI) et l'échelle HAD a mesuré l'anxiété et la dépression, chez 1814 étudiants.

Résultats : Les résultats montrent un taux de réponses de 17%. Concernant le SEP, 69 % des étudiants présentent un syndrome d'épuisement professionnel dont 8 % un SEP élevé, 21 % un score d'épuisement émotionnel élevé, 29 % un score de dépersonnalisation élevé et 28 % un score d'accomplissement personnel bas. Le score moyen d'épuisement émotionnel est plus élevé chez les femmes, le score moyen de dépersonnalisation est plus élevé chez les hommes. Concernant l'empathie, le score moyen de l'empathie cognitive est 35,11, le score moyen de l'empathie émotionnelle est 32,84 et le score d'empathie émotionnelle est plus élevé chez les femmes. Pour l'anxiété et la dépression: 27% présentent un trouble anxieux (les femmes sont plus à risque pour l'anxiété) et 4% une dépression.

Des corrélations conformes à la littérature ont été retrouvées : une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la détresse personnelle ($0.29 / < 0.0001 / 234$) ainsi qu'avec les troubles anxio-dépressifs ($0.59 / < 0.0001 / 231$) ; une corrélation négative entre la dépersonnalisation et le souci empathique ($-0.28 / < 0.0001 / 232$) ; une corrélation inverse entre l'accomplissement personnel et la détresse personnelle ($-0.30 / < 0.0001 / 232$), ainsi qu'avec le score de dépression ($-0.40 / < 0.0001 / 230$).

Conclusion : Malgré le faible taux de répondants, ces résultats sont conformes aux données de la littérature. Ils ont permis d'ajuster le protocole de recueil de l'étude NoBurnout. Ils nous ouvrent de nouvelles pistes de travail pour la prise en charge du SEP et nous confortent dans l'importance de mettre en place une prise en charge et une prévention collective dans cette population.

MOTS CLES : Étude No Burnout, syndrome d'épuisement professionnel, burn out, empathie, troubles anxio-dépressifs, étudiants en Médecine, étudiants en Maïeutique.

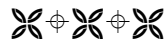


UNIVERSITE DE POITIERS

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 !



RESUME

Introduction : Le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) chez les médecins apparaît dès le début du cursus universitaire. Il est responsable principalement d'arrêts précoces d'exercice professionnel, de suicides, d'une diminution de la qualité des soins. Le SEP touche jusqu'à 50% des étudiants en Médecine en France. Alors que la relation médecin-patient est placée au centre de l'exercice professionnel et que l'empathie est considérée comme une compétence médicale fondamentale, il semblerait exister un lien entre l'empathie et le SEP chez les étudiants en médecine.

Objectifs : L'objectif principal de notre étude est de déterminer s'il existe une corrélation entre l'empathie et le SEP, chez les étudiants en Médecine et en Maïeutique de la faculté de Médecine de Poitiers.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les caractéristiques de notre échantillon et la prévalence des troubles anxio-dépressifs, car cette étude s'inscrit dans une étude globale qui vise à tester des outils inspirés de thérapies cognitivo-comportementales, grille SECCA et mindfulness, en tant qu'outils de prévention du SEP chez les étudiants en Médecine et Maïeutique, « l'étude No BurnOut ».

Matériel et Méthodes : Le SEP a été évalué par l'échelle MBI, l'empathie par le test de Davis (IRI) et l'échelle HAD a mesuré l'anxiété et la dépression, chez 1814 étudiants.

Résultats : Les résultats montrent un taux de réponses de 17%. Concernant le SEP, 69 % des étudiants présentent un syndrome d'épuisement professionnel dont 8 % un SEP élevé, 21 % un score d'épuisement émotionnel élevé, 29 % un score de dépersonnalisation élevé et 28 % un score d'accomplissement personnel bas. Le score moyen d'épuisement émotionnel est plus élevé chez les femmes, le score moyen de dépersonnalisation est plus élevé chez les hommes. Concernant l'empathie, le score moyen de l'empathie cognitive est 35,11, le score moyen de l'empathie émotionnelle est 32,84 et le score d'empathie émotionnelle est plus élevé chez les femmes. Pour l'anxiété et la dépression: 27% présentent un trouble anxieux (les femmes sont plus à risque pour l'anxiété) et 4% une dépression.

Des corrélations conformes à la littérature ont été retrouvées : une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la détresse personnelle ($0.29 / < 0.0001 / 234$) ainsi qu'avec les troubles anxio-dépressifs ($0.59 / < 0.0001 / 231$) ; une corrélation négative entre la dépersonnalisation et le souci empathique ($-0.28 / < 0.0001 / 232$) ; une corrélation inverse entre l'accomplissement personnel et la détresse personnelle ($-0.30 / < 0.0001 / 232$), ainsi qu'avec le score de dépression ($-0.40 / < 0.0001 / 230$).

Conclusion : Malgré le faible taux de répondants, ces résultats sont conformes aux données de la littérature. Ils ont permis d'ajuster le protocole de recueil de l'étude NoBurnout. Ils nous ouvrent de nouvelles pistes de travail pour la prise en charge du SEP et nous confortent dans l'importance de mettre en place une prise en charge et une prévention collective dans cette population.

MOTS CLES : Étude No Burnout, syndrome d'épuisement professionnel, burn out, empathie, troubles anxio-dépressifs, étudiants en Médecine, étudiants en Maïeutique.

