

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 8

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Bénédicte Barbarin

née le 19 février 1981 à Dunkerque

Présentée et soutenue publiquement le 24 mars 2009

**SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS
CHEZ LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Enquête transversale à la faculté de Nantes en 2008

Président : Monsieur le Professeur Bernard Planchon

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Lionel Goronflot

TABLE DES MATIERES

Introduction	Page 5
Matériel et Méthodes	Page 7
Résultats	Page 8
Discussion	Page 15
Conclusion	Page 20
Annexe 1- Questionnaire utilisé	Page 21
Annexe 2 – Maslach Burnout Inventory	Page 23
Bibliographie	Page 24

ABREVIATIONS UTILISEES

IMG	Interne de Médecine Générale
EE	Epuisement Emotionnel
DP	Dépersonnalisation
AP	Accomplissement Personnel
QCM	Questionnaire à Choix Multiples
MG	Médecine Générale
MBI	Maslach Burnout Inventory

INTRODUCTION

Les médecins vont mal. Les taux de dépression et de suicide des médecins libéraux sont 2 à 3 fois plus élevés que dans la population générale (1,2), et la moitié des généralistes envisageraient un changement d'activité (2,3). Cette souffrance au travail prend chez les médecins un aspect spécifique : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, ou *burn-out* pour les anglophones.

Il s'agit d'un concept spécifique de la relation d'aide, apparu dans les années 70, développé par Freudenberg puis Maslach (4,5,6). C'est un syndrome qui comprend trois dimensions.

L'épuisement émotionnel (EE) correspond à la sensation d'être vidé de son énergie, d'être incapable de se donner psychologiquement à l'autre. Cet épuisement émotionnel peut conduire à une dépersonnalisation (DP), c'est à dire à une mise à distance des patients, pouvant confiner au cynisme. On ne voit plus les patients comme des humains mais comme des objets. Ces deux éléments (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) entraînent une diminution du sentiment d'accomplissement personnel (AP), c'est à dire un sentiment d'inefficacité et d'incompétence dans le travail.

Les conséquences négatives du *burn-out* sont nombreuses. Les médecins touchés ont une prévalence augmentée de dépression, de troubles anxieux, d'addictions (4,7), avec une diminution de leur qualité de vie et de celle de leur entourage. Par ailleurs, ce syndrome diminue leur empathie (8,9,10), et la qualité des soins qu'ils délivrent à leurs patients (11,12,13).

Les taux de médecins touchés varient selon leur activité de 25 à 60% (14-17). En France, plus de 40% des médecins généralistes libéraux sont en *burn-out* (2, 18-20). Le malaise est tel qu'en Ile de France, une ligne téléphonique a été mise en place pour répondre aux médecins libéraux qui en souffrent.

Les causes de cet épuisement sont multiples (4,5). Le nombre de médecins diminue, alors que les besoins de la population vieillissante augmentent ; les écarts de répartition se creusent sur le territoire, augmentant la charge de travail et l'isolement des médecins ruraux. La profession médicale a subi de nombreuses mutations en quelques décennies. La reconnaissance sociale des médecins n'est plus la même. Beaucoup se plaignent d'une diminution de leur autonomie, d'un poids administratif croissant et de relations parfois difficiles avec les patients (manque de compliance, marchandage, procès). (2,5,19,20).

La profession continue néanmoins de susciter des vocations, comme en témoignent les effectifs d'inscription en première année de médecine. Mais alors qu'au départ, les étudiants expriment des motivations altruistes, d'engagement social et professionnel, ces motivations évoluent pour souligner par la suite l'importance de la sécurité de l'emploi et de la rémunération (21,22). Et plus de 20% des étudiants ne referaient pas d'études médicales (22-24).

Aux Etats Unis et en Europe, les taux de *burn-out* atteignent jusqu'à 76% chez les internes (7,11,12,25-27), toutes spécialités confondues. Ils sont même plus élevés que ceux des médecins de même spécialité ayant terminé leur formation (16).

En France, le phénomène est encore peu étudié. Une enquête de 1999 a retrouvé que 53% des internes de médecine du CHU de Tours présentaient au moins une dimension de *burn-out* (28). Les facteurs étiologiques étaient principalement liés au manque de soutien et de reconnaissance, et à une formation insuffisante, plus qu'à la surcharge de travail.

Guinaud retrouve une proportion de *burn-out* comparable pour les internes de médecine générale d'Ile de France (29) dans sa thèse de 2005, seule étude à notre connaissance chez des internes de médecine générale. L'épuisement émotionnel était lié à la charge de travail, mais pas

les autres dimensions de *burn-out*. Et l'enquête n'évaluait pas les conditions de travail pouvant influencer sur le ressenti des internes (terrain de stage, stress et soutien ressentis, conditions matérielles, équipe soignante...).

Le *burn-out* est une réponse inadaptée à un stress professionnel chronique (4,5,6). Les conditions de travail sont donc un paramètre important de son évaluation. Les internes ont une place particulière dans le système de santé, à la fois soignants et étudiants. Ils sont exposés comme les seniors et les praticiens installés à une charge de travail élevée et aux difficultés de la relation de soin. Ils ont des responsabilités importantes, mais parfois mal définies, car leur statut de médecins en formation les place sous supervision de leurs seniors. De plus, le statut particulier des internes de médecine générale est difficile à situer pour les patients : à l'hôpital, ils côtoient des spécialistes d'organe sans en avoir la formation, et lors de leurs stages ambulatoires, ils sont parfois assimilés à des « stagiaires ». Ils peuvent ressentir une impression de faible reconnaissance de leur travail, que ce soit par leurs patients ou par leurs superviseurs.

Il nous a donc semblé intéressant d'évaluer la prévalence du *burn-out* chez les internes de médecine générale (IMG) de Nantes. Nous avons voulu mettre ce problème en rapport avec leurs conditions de travail et surtout avec le ressenti qu'ils ont de ces conditions et de leur place de médecin en formation.

MATERIEL ET METHODES

L'étude a concerné l'ensemble des internes inscrits en DES de médecine générale à Nantes pour l'année 2007-2008. Ont été exclus les internes qui réalisaient un stage outre mer ou dans un autre CHU, et ceux qui n'avaient pas de stage pour le semestre de novembre 07 à mai 08.

Un courrier électronique a été adressé le 27 février 2008 aux internes inclus dans l'étude. Il les invitait à remplir en ligne un questionnaire anonyme évaluant leurs conditions de travail et le ressenti qu'ils avaient de ces conditions de travail. Le terme d'épuisement professionnel ou de *burn-out* n'était mentionné ni dans ce courrier, ni dans le questionnaire. Deux relances ont été envoyées par courrier électronique le 20 mars et le 3 avril. Le questionnaire a pu être rempli du 27 février au 24 avril.

Le questionnaire en ligne (annexe 1) comprenait cinq parties, sous forme de QCM. La première recueillait des données démographiques (sexe, situation familiale, faculté d'origine, semestre en cours, orientation professionnelle par choix ou par défaut). Dans une deuxième partie étaient évaluées les conditions de travail de l'interne dans son stage actuel (type de stage, charge de travail, connaissances théoriques, encadrement par les seniors et l'équipe soignante, harcèlement). La troisième partie reprenait la version française du MBI ou Maslach Burnout Inventory (annexe 2). Le MBI est une échelle de mesure validée pour évaluer le *burn-out*. Il comprend 22 items, sur les trois dimensions du *burn-out*. Chaque item est coté de 0 à 6 selon la fréquence à laquelle le répondant a ressenti l'événement décrit (de jamais à chaque jour). L'épuisement émotionnel est évalué par 9 phrases telles que « je me sens émotionnellement vidé par mon travail » ou « travailler au contact direct des gens me stresse trop ». La dépersonnalisation est évaluée par 5 phrases dont « je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement ». L'accomplissement personnel est évalué par 8 phrases, comme « je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent » ou « j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail ». On obtient donc 3 scores correspondant aux 3 dimensions, chacune étant divisée en niveau bas, moyen ou élevé. Un score élevé pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, et un score bas pour l'accomplissement personnel, correspondent à des niveaux élevés de *burn-out*.

La quatrième partie du questionnaire évaluait les modalités de gestion du stress par les internes (discussion avec d'autres internes ou médecins, avec les amis ou la famille, sport, recours à un professionnel, religion, consommation de psychotropes, autre). Enfin, une dernière partie s'intéressait à la satisfaction des internes en leur demandant s'ils avaient déjà songé à arrêter leur formation, et s'ils referaient des études médicales.

Le recueil des résultats s'est fait par une base SQL en ligne, exportée vers un fichier NeoCalc pour l'exploitation des données.

Les questionnaires dans lesquels tous les items du MBI n'étaient pas remplis ont été exclus de l'étude.

Les scores aux trois dimensions du MBI étaient considérés comme des variables continues dans les comparaisons aux études antérieures et dans l'étude des facteurs de risque. La description des populations a été réalisée avec les différents niveaux de score de ces trois dimensions (30). Pour simplifier la compréhension des schémas et tableaux, les trois niveaux de score (« haut », « moyen » et « bas ») correspondent au niveau de *burn-out*. Ainsi, un niveau « haut » correspond à un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, et à un score faible d'accomplissement personnel.

Les tests statistiques ont été réalisés avec OpenEpi pour les analyses de variance, et NeoCalc pour les coefficients de corrélation.

Pour simplifier la lecture, le terme de *burn-out*, bien qu'anglophone, a été préféré à celui d'épuisement professionnel, afin d'éviter une confusion entre épuisement professionnel et épuisement émotionnel.

RESULTATS

1- Population

Sur les 197 sujets répondant aux critères d'inclusion, 119 ont rempli le questionnaire en ligne, dont 5 n'ont pas répondu à tous les items. 114 questionnaires complets ont donc été exploités, soit un taux de réponse de 57,9%. Les principales caractéristiques démographiques de la population étudiée sont résumées dans les tableaux 1 à 3.

2- Conditions de travail

91 internes étaient en stage hospitalier (79,8%), 17 étaient en stage chez le praticien (14,9%) et 6 en SASPAS (5,3%).

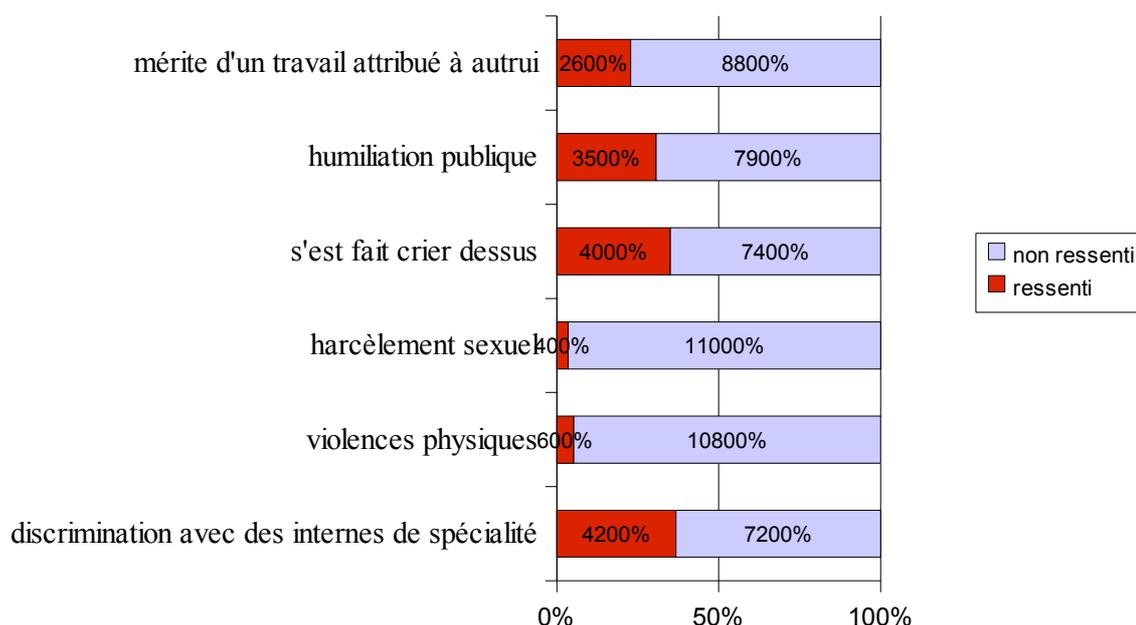
La moyenne hebdomadaire, gardes comprises, d'heures travaillées déclarées était de 52,4 heures par semaine +/-14,3 (extrêmes 7 à 80, médiane 51). En stage hospitalier, cette moyenne était de 56,29 +/- 11,63 heures par semaine, contre 34,96 +/-10,76 en ambulatoire.

63 internes (55,3%) avaient plus de 30 minutes de trajet pour se rendre sur leur lieu de stage. 56 (49,1%) avaient à prendre en charge des patients en fin de vie, des soins palliatifs, l'annonce de diagnostics graves. 58 (50,9%) des internes estimaient leurs connaissances théoriques insuffisantes ou non adaptées à leur pratique.

Le recours au senior était facile pour 110 d'entre eux (96,5%). Ils estimaient leur travail reconnu par ce ou ces seniors dans 90 cas (78,9%). 22 n'avaient pas d'équipe soignante, et parmi les 92 internes restant, 75 estimaient leur travail reconnu par l'équipe (81,5%).

Deux tiers des internes s'étaient déjà senti victimes de harcèlement au cours de leur internat (n=76), cf. Figure 1. La discrimination entre internes de médecine générale et internes de spécialité était la forme de harcèlement la plus rapportée, par 42 internes (36,8%). Le questionnaire ne précisait pas les sources de harcèlement ressenti.

Figure 1 - Harcèlement



3- Gestion du stress et ressenti des internes

102 sujets (89,5%) gèraient le stress ressenti au travail par des discussions avec d'autres médecins ou internes. 82 (71,9%) discutaient avec la famille, les amis. 73 (64%) citaient le sport, les loisirs. 15 internes (13,2%) avaient recours à la religion ou à des croyances personnelles. 12 (10,5%) gèraient le stress en recourant à une consommation d'alcool, de cannabis ou de psychotropes (sans association significative avec l'épuisement), et 7 (6,1%) avaient recours à un professionnel de santé, psychologue ou médecin.

42 des internes (36,8%) avaient déjà songé sérieusement à arrêter leurs études médicales : 6 avant l'externat, 31 pendant l'externat, 3 aux résultats des ECN (Epreuves Nationales Classantes), et 18 pendant leur internat.

Enfin, à la question « Si c'était à refaire, referiez-vous des études de médecine? », les réponses obtenues ont été 64 oui (56,1%), 11 non (9,6%), et 39 « je ne sais pas » (34,2%).

4- Résultats du MBI sur l'ensemble de la population

(cf. annexe 2 pour le détail du MBI)

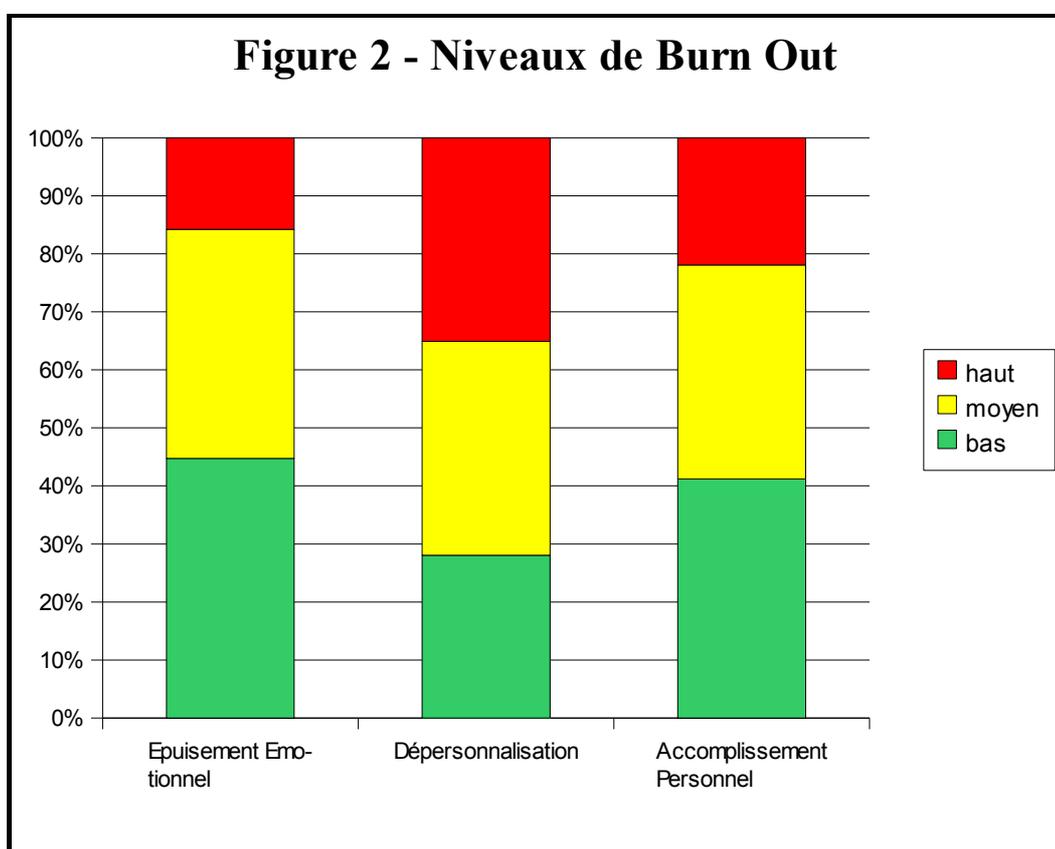
Les scores moyens du MBI étaient les suivants:

EE : Epuisement Emotionnel : 19,72 +/- 9,46

DP : Dépersonnalisation : 9,76 +/- 6,19

AP : Accomplissement Personnel : 37,38 +/- 6,19.

Ces scores correspondaient à un niveau moyen de *burn-out* dans chacune des catégories. La figure 2 représente la répartition des internes en fonction de leur niveau de score dans chacune des trois dimensions.



En retenant comme définition du *burn-out* un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, 51 personnes présentaient un *burn-out* (44,7%).

Neuf sujets, soit 7,9%, présentaient un score élevé d'épuisement émotionnel et un score élevé de dépersonnalisation ou un score bas d'accomplissement personnel. Quatre internes (3,5%) avaient des niveaux élevés d'épuisement pour les trois dimensions.

Chez les internes de premier semestre, 29 sur 41 (70%) avaient au moins une dimension de *burn-out* élevée.

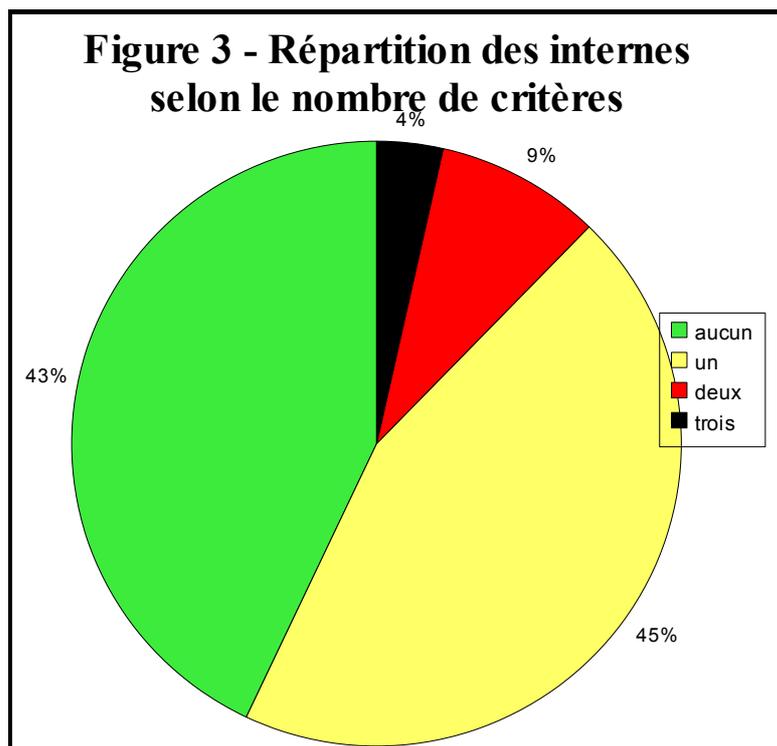


Tableau 1- Facteurs de risque d'épuisement émotionnel

Facteur étudié	Facteur n (%)	EE	Facteur n (%)	EE	p
Sexe	Homme 29 (25,4%)	17,79+/-10,75	Femme 85 (74,6%)	20,38+/-8,82	0,199892
Situation familiale	Célibataire 43 (37,7%)	20,42+/-8,86	En couple 71 (62,3%)	19,3+/-9,72	0,539042
	Charge familiale 12 (10,5%)	21,58+/-10,93	Pas de charge familiale 102 (89,5%)	19,5+/-9,2	0,469175
Faculté d'origine	Nantes 44 (38,6%)	19,16+/-10,07	Autre fac 70 (61,4%)	20,07+/-8,97	0,616098
Semestre	Premier 41 (36,0%)	22,07+/-8,09	Autre semestre 73 (61,0%)	18,4+/-9,85	0,0446471 *
Choix MG	Premier choix 89 (78,1%)	19,36+/-8,99	Par défaut 25 (21,9%)	21+/-10,72	0,441861
Temps de transport	>30 min aller 51 (44,7%)	20,3+/-9,43	<30 min aller 63 (55,3%)	19,0+/-9,35	0,46409
Terrain de stage	Hospitalier 91 (79,8%)	20,55+/-8,59	Ambulatoire 23 (20,2%)	16,43+/-11,58	0,0589936 °
Prise en charge fin de vie, Dg graves	Oui 56 (49,1%)	21,32+/-8,84	Non 57 (50%)	18,3+/-9,74	0,0873133 °
Connaissances théoriques	Adaptées 56 (49,1%)	17,14+/-8,52	Non 58 (50,9%)	22,21+/-9,58	0,00351356 **
Recours au senior	Facile 110 (96,5%)	19,47+/-9,41	Difficile 4 (3,5%)	26,5+/-6,8	0,143147
Reconnaissance du travail	Par senior ou équipe 104 (91,2%)	19,15+/-9,05	Pas de reconnaissance 10 (8,8%)	26,33+/-11,41	0,0273285 *
Harcèlement	Au moins un ressenti 76 (66,7%)	21,02+/-9,23	Jamais 38 (33,3%)	17,39+/-9,52	0,052606 °
Discrimination avec spé	Oui 42 (36,8%)	23,48+/-8,77	Non 72 (63,2%)	17,53+/-9,09	0,000889894 **
Désir arrêter internat	Oui 18 (15,8%)	27,94+/-8,59	Non 96 (84,2%)	18,18+/-8,74	0,0000291342 **
Referaient médecine	Oui 64 (56%)	16,95+/-8,69	Non 11 (9,6%)	20,36+/-9,44	0,23881

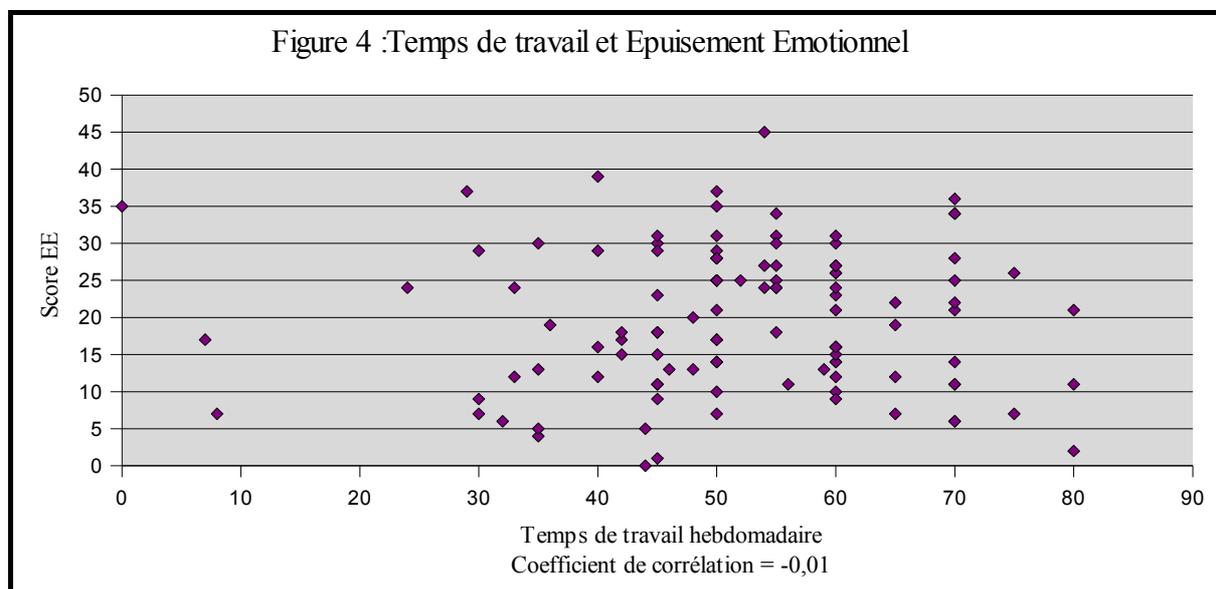


Tableau 2 – Facteurs de risque de dépersonnalisation

Facteur étudié	Facteur n (%)	DP	Facteur n (%)	DP	p
Sexe	Homme 29 (25,4%)	13,34+/-7,14	Femme 85 (74,6%)	8,54+/-5,45	0,000260833 **
Situation familiale	Célibataire 43 (37,7%)	9,7+/-6,18	En couple 71 (62,3%)	9,8+/-6,34	0,934477
	Charge familiale 12 (10,5%)	13,17+/-4,71	Pas de charge familiale 102 (89,5%)	9,36+/-6,32	0,0457752 *
Faculté d'origine	Nantes 44 (38,6%)	10,25+/-6,05	Autre fac 70 (61,4%)	9,46+/-6,4	0,513729
Semestre	Premier 41 (36,0%)	10,2+/-6,46	Autre semestre 73 (61,0%)	9,52+/-6,16	0,57945
Choix MG	Premier choix 89 (78,1%)	9,43+/-5,96	Par défaut 25 (21,9%)	10,96+/-7,17	0,280963
Temps de transport	>30 min aller 51 (44,7%)	9,31+/-6,33	<30 min aller 63 (55,3%)	10,13+/-6,21	0,488504
Terrain de stage	hospitalier 91 (79,8%)	10,07+/-6,34	ambulatoire 2 3 (20,2%)	8,57+/-5,9	0,306461
Prise en charge fin de vie, Dg graves	oui 56 (49,1%)	11,2+/-6,5	non 57 (50%)	8,33+/-5,77	0,0145135 *
Connaissances théoriques	adaptées 56 (49,1%)	9,71+/-6,65	non 58 (50,9%)	9,81+/-5,9	0,932411
Recours au senior	facile 110 (96,5%)	9,75+/-6,36	difficile 4 (3,5%)	10,25+/-3,63	0,876553
Reconnaissance du travail	par senior ou équipe 104 (91,2%)	9,63+/-5,92	pas de reconnaissance 10 (8,8%)	12+/-9,29	0,275503
Harcèlement	au moins un ressenti 76 (66,7%)	10,46+/-6,42	jamais 38 (33,3%)	8,39+/-5,48	0,0917364 °
Discrimination avec spé	oui 42 (36,8%)	11,31+/-6,89	non 72 (63,2%)	8,86+/-5,71	0,04311271 *
Désir arrêter internat	oui 18 (15,8%)	8,5+/-5,69	non 96 (84,2%)	10+/-6,36	0,353101
Referaient médecine	oui 64 (56%)	9,25+/-5,66	non 11 (9,6%)	11,27+/-8,74	0,319418

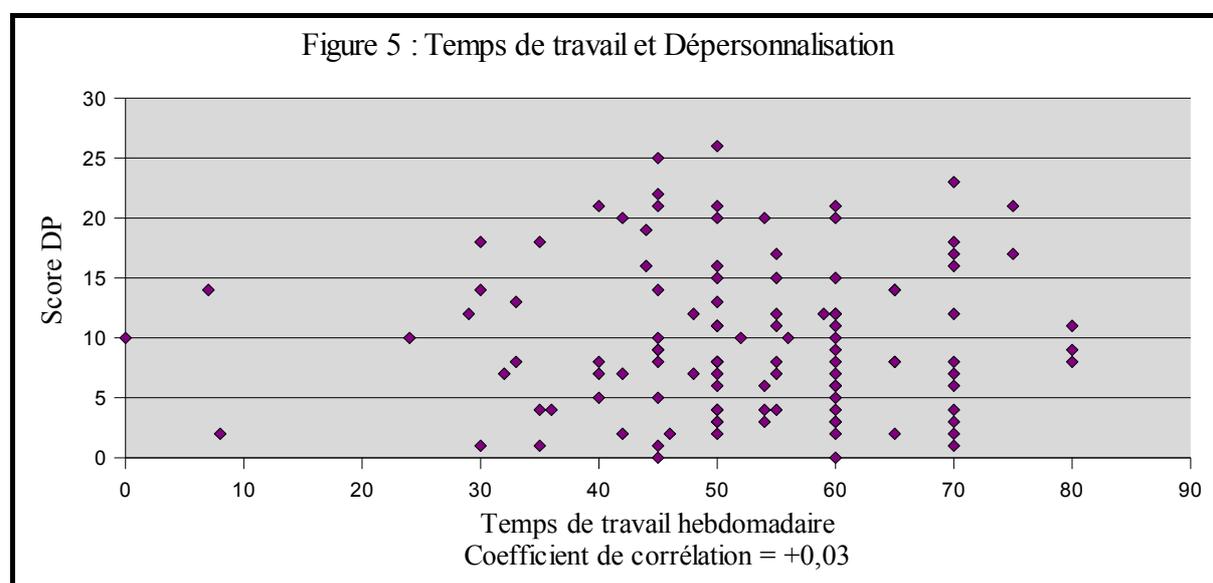
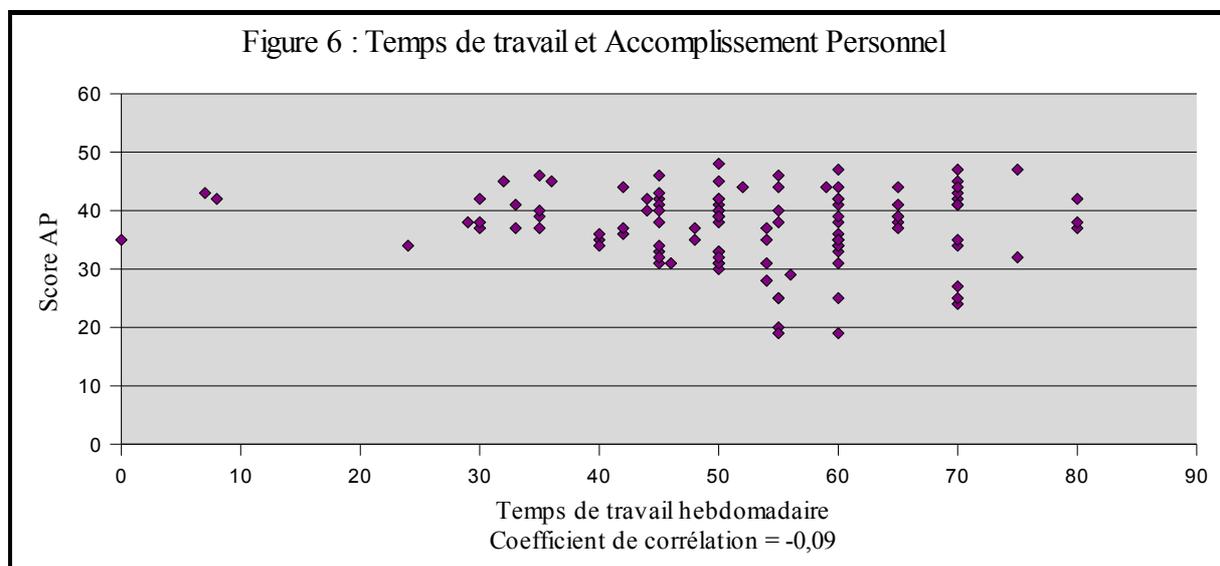


Tableau 3 – Facteurs de risque de diminution de l'accomplissement personnel

Facteur étudié	Facteur n (%)	AP	Facteur n (%)	AP	p
Sexe	Homme 29 (25,4%)	37,62+/-7,01	Femme 85 (74,6%)	37,29+/-5,84	0,803526
Situation familiale	Célibataire 43 (37,7%)	35,63+/-6,62	En couple 71 (62,3%)	38,44+/-5,61	0,0171233 *
	Charge familiale 12 (10,5%)	41,25+/-3,49	Pas de charge familiale 102 (89,5%)	36,92+/-6,25	0,0204746 *
Faculté d'origine	Nantes 44 (38,6%)	37,93+/-5,96	Autre fac 70 (61,4%)	37,03+/-6,27	0,448667
Semestre	Premier 41 (36,0%)	36,5+/-6,1	Autre semestre 73 (61,0%)	37,85+/-6,15	0,26172
Choix MG	Premier choix 89 (78,1%)	38,1+/-5,78	Par défaut 25 (21,9%)	34,76+/-6,75	0,0151711*
Temps de transport	>30 min aller 51 (44,7%)	36,92+/-6,32	<30 min aller 63 (55,3%)	37,75+/-6,01	0,475208
Terrain de stage	hospitalier 91 (79,8%)	36,8+/-6,44	ambulatoire 23 (20,2%)	39,3+/-4,45	0,0818371 °
Prise en charge fin de vie, Dg graves	oui 56 (49,1%)	38,82+/-6,27	non 57 (50%)	36,44+/-5,97	0,0410863*
Connaissances théoriques	adaptées 56 (49,1%)	38,07+/-5,92	non 58 (50,9%)	36,71+/-6,31	0,238191
Recours au senior	facile 110 (96,5%)	37,42+/-6,24	difficile 4 (3,5%)	36,25+/-3,42	0,710991
Reconnaissance du travail	par senior ou équipe 104 (91,2%)	37,7+/-5,62	pas de reconnaissance 10 (8,8%)	36,17+/-7,77	0,279104
Harcèlement	au moins un ressenti 76 (66,7%)	37,68+/-6,24	jamais 38 (33,3%)	36,55+/-6,45	0,369346
Discrimination avec spé	oui 42 (36,8%)	37,62+/-6,07	non 72 (63,2%)	37,24+/-6,21	0,751256
Désir arrêter internat	oui 18 (15,8%)	33,94+/-8,52	non 96 (84,2%)	38,02+/-5,37	0,00879061**
Referaient médecine	oui 64 (56%)	38,05+/-5,66	non 11 (9,6%)	34,73+/-7,45	0,0909166 °



DISCUSSION

Le *burn-out* est une réalité chez les internes de médecine générale de Nantes. 57% d'entre eux présentaient un niveau élevé dans au moins une de ses dimensions. 15,8% des internes avaient sérieusement envisagé d'arrêter leur internat. Ils avaient des scores plus élevés pour l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel.

Peu d'études existent concernant le *burn-out* des internes en France. La comparaison des scores pour chaque dimension ne retrouve pas de différence statistiquement significative avec l'étude concernant les internes du CHU de Tours en 1999 (28). Les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation sont similaires aux résultats de Guinaud en 2005 chez les internes de médecine générale d'Ile de France (29). Le *burn-out* des internes nantais est comparable aux résultats obtenus en 2004 par Cathebras auprès de médecins généralistes libéraux (2).

Cette étude est la première étude nantaise du genre. Elle met en évidence l'importance des conditions de travail des internes comme facteur de risque de *burn-out*. Il n'était pas corrélé à la charge de travail. Outre la prise en charge de fin de vie ou de diagnostics graves, trois facteurs de risque se dégageaient. Le harcèlement était le premier, en particulier la discrimination entre internes de médecine générale et internes de spécialité. Elle était associée à des scores plus élevés pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Des connaissances théoriques perçues comme insuffisantes ou non adaptées à la pratique augmentaient aussi l'épuisement émotionnel. L'absence de reconnaissance du travail des internes était le troisième facteur d'épuisement. Les internes de premier semestre étaient particulièrement touchés, 70% d'entre eux ayant au moins une dimension de *burn-out* élevée.

L'utilisation d'un questionnaire à choix multiples n'est pas le meilleur moyen pour explorer en profondeur les mécanismes du *burn-out*. Le questionnaire s'intéressait à plusieurs aspects des conditions de travail des internes, mais n'évaluait pas les caractéristiques et la qualité de la relation entre l'interne et ses patients. Cependant, ce mode de recueil a permis d'obtenir un large échantillon d'internes, avec un taux de réponse de 57,9%. La population des répondants comprenait des internes de tous les semestres, dont la répartition démographique et en terme de terrains de stage était relativement représentative. Cela a permis d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. Un biais de sélection des répondants est possible. En effet, on peut supposer que les internes les plus touchés par le *burn-out* se sont sentis plus concernés par cette étude. Nous avons tenté de limiter ce biais en n'utilisant pas les termes de *burn-out* ou d'épuisement professionnel dans le questionnaire, ni dans les courriers électroniques envoyés aux internes. Un biais d'information était également possible, du fait de l'auto-évaluation des conditions de travail, et en particulier de la charge horaire hebdomadaire. L'anonymat des réponses était un critère indispensable pour diminuer ce biais.

Le recueil des données a eu lieu pendant les mois de mars et avril, afin de toucher des internes en stage depuis 4 à 5 mois, et de limiter l'effet du stress de début de stage.

La littérature concernant le *burn-out* des étudiants en médecine et des médecins en formation est riche en études réalisées aux Etats Unis. L'organisation du cursus y est très différente. Les internes et résidents y ont une charge de travail encore plus importante qu'en Europe, avec des contraintes financières supplémentaires du fait du coût des études. La spécialité de médecine générale n'existe pas en tant que telle. La définition du *burn-out* n'est pas la même dans toutes les études. La comparaison de résultats français avec ces études est donc peu pertinente. Cependant, ces études anglo-saxonnes ont été les premières à mettre en évidence l'ampleur du problème. Ainsi Shanafelt en 2001 (11) a réalisé une enquête chez 115 résidents en médecine de l'université de Washington. Les résultats étaient éloquentes : 76% des internes avaient un niveau élevé

d'épuisement émotionnel et/ou de dépersonnalisation. En outre, il mettait en évidence un lien entre *burn-out* et prise en charge non optimale des patients.

En France, les études sur le sujet se sont surtout intéressées aux médecins installés. Cathébras en 2004 (2) a interrogé 306 médecins libéraux. Il retrouvait un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation chez 44,5% d'entre eux. Les scores de *burn-out* pour les trois dimensions n'étaient pas différents significativement des scores des internes nantais. (EE 21,85 +/- 12,4, $p=0,107$; DP 9,13 +/- 6,7 $p=0,385$; AP 38,7 +/- 7,1 $p=0,080$). Les causes d'épuisement citées par les médecins étaient les exigences des patients, les relations avec l'administration, la charge de travail, les contraintes financières, et le manque de reconnaissance de la profession. Le *burn-out* était statistiquement associé, comme chez les internes nantais, au désir de reconversion. Il retrouvait aussi une association avec la consommation d'alcool et de psychotropes (non retrouvée à Nantes), et avec les idéations suicidaires.

A notre connaissance deux études se sont intéressées à la souffrance des internes en France. Rivoire a étudié en 1999 les internes de médecine, spécialistes ou généralistes, en poste au CHU de Tours (28). L'enquête concernait 36 internes, et excluait les internes peu ou pas exposés aux patients en fin de vie. 53% d'entre eux présentaient au moins une dimension de *burn-out* élevée. Les scores des trois dimensions n'étaient pas statistiquement différents des scores des internes nantais (EE 22,1 +/- 9,3, $p=0,189$; DP 8,4 +/- 5,8, $p=0,252$; AP 36,1 +/- 6,3, $p=0,283$). Le *burn-out* était donc similaire, alors que tous les IMG nantais en stage ont été inclus, qu'ils soient ou pas exposés aux patients en fin de vie et aux diagnostics graves. L'étude de Tours notait l'importance de la reconnaissance du travail et de la formation théorique dans les scores d'épuisement. La surcharge de travail était une difficulté souvent évoquée par les internes, mais n'était pas corrélée au *burn-out*.

L'étude la plus récente est celle de Guinaud en 2006 chez les IMG d'Ile de France. Il s'agit d'une large étude, puisque 692 internes y ont participé. Mais elle a été réalisée au moment du choix de stage des internes. C'est un moment stressant qui peut avoir influencé les réponses. Les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation n'étaient pas statistiquement différents des scores nantais (EE 22,1 +/- 10,2, $p=0,199$; DP 10,6 +/- 5,8, $p=0,479$). L'accomplissement personnel était moins bon que chez les IMG de Nantes (AP 33,7 +/- 7,1, $p<0,01$). L'accomplissement personnel est pourtant généralement considéré comme une conséquence des deux autres dimensions du *burn-out*. Il semble donc que les internes nantais, bien qu'aussi épuisés, parviennent à conserver un meilleur sentiment d'efficacité que les parisiens. Il est difficile d'en tirer des conclusions, d'autant que l'étude de Guinaud n'explorait pas les terrains de stage et les conditions de travail des internes.

Les facteurs de risque démographiques retrouvés dans notre étude étaient cohérents avec ce que l'on connaît du *burn-out*. Le sexe masculin est reconnu comme un facteur de risque de dépersonnalisation, tandis que les femmes ont un score d'épuisement émotionnel plus haut (4) (différence non significative à Nantes). Le célibat est également un facteur de risque de *burn-out* ce que nous avons retrouvé concernant l'accomplissement personnel. La question de la charge familiale est plus délicate. Les internes ayant charge de famille étaient dans notre étude plus sujets à la dépersonnalisation, mais avaient un meilleur accomplissement personnel. Cela est probablement lié au fait que leur accomplissement personnel est en partie lié à leur famille. Il n'y avait pas de lien entre *burn-out* et temps de trajet.

Les résultats de l'étude mettaient surtout en évidence des facteurs de risque de *burn-out* liés aux conditions de travail des internes.

Lorsqu'on évoque le *burn-out*, les premières causes qui viennent à l'esprit sont souvent la confrontation à la souffrance et à la mort, et la charge de travail.

La confrontation à la fin de vie et à l'annonce de diagnostics graves concernait la moitié des

internes de médecine générale de Nantes. Elle était associée de façon significative à des scores de dépersonnalisation plus élevés, et à un accomplissement personnel plus bas. L'association était moins significative ($p=0,08$) avec les scores d'épuisement émotionnel. Le *burn-out* est directement lié à la relation d'aide (4,6). Dans des situations d'annonce de diagnostics difficiles ou de soins palliatifs, il est difficile pour le soignant de trouver la bonne distance. Il lui faut rester dans l'empathie sans s'attacher de façon excessive. C'est un processus qui demande une adaptation constante, à chaque rencontre soignant – soigné, et auquel les études médicales forment peu. Cette adaptation constante est source de stress et de fatigue émotionnelle pour le soignant, et à terme, peut mener au *burn-out*.

Concernant la charge de travail, à Nantes, il n'y avait pas de corrélation entre temps de travail hebdomadaire et *burn-out*. Cette notion est assez controversée. Certaines études retrouvent un lien entre temps de travail et épuisement (2, 4). D'autres au contraire ont montré que l'engagement des médecins dans leur travail en terme de charge de travail et surtout d'implication est associé à un moindre *burn-out* (20). Aux Etats Unis, la loi de 2004 a limité le temps de travail hebdomadaire des internes à 80 heures par semaines. Alors même que le temps de travail a nettement diminué et que le bien être général des internes a tendance à augmenter, les scores de *burn-out* ne sont pas statistiquement différents (31, 32). La charge de travail des internes nantais était importante : 52,4 heures par semaine en moyenne, et 56,3 heures en stage hospitalier. Pour rappel, une directive européenne de 1993 devant entrer en vigueur en 2009 fixe la durée de travail hebdomadaire légale à 48 heures maximum, gardes et formation comprises (33). Mais malgré une charge de travail importante, les internes nantais étaient touchés par le *burn-out* pour d'autres raisons.

Le harcèlement, sous ses différentes formes, était l'une de ces raisons. Il était lié, bien que de façon non significative, à l'épuisement émotionnel ($p=0,053$) et à la dépersonnalisation ($p=0,092$). Il n'est pas exclu que les internes atteints de *burn-out* aient tendance à s'estimer plus souvent victimes de harcèlement. Cependant, le tableau est préoccupant. Nous n'avons pas retrouvé d'études françaises portant sur le harcèlement des internes. A Nantes, deux tiers des internes interrogés s'étaient déjà senti victimes de harcèlement. L'interne doit déjà gérer ses décisions médicales, son apprentissage et ses relations avec les patients. Le fait d'être humilié publiquement, de se faire crier dessus, ou de voir le mérite de son travail revenir à quelqu'un d'autre augmente son stress et limite son implication dans son travail. L'interne est un médecin en formation, il peut faire des erreurs et doit être supervisé. Mais cet aspect est parfois oublié par les autres soignants. Pour certains, l'internat est aussi un rite de passage, qui implique un certain « bizutage ».

Plus du tiers des IMG nantais s'estimaient victimes de discrimination envers les internes de spécialité. Cette discrimination était significativement corrélée à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation. Dans les services hospitaliers se côtoient souvent internes de médecine générale et spécialistes d'organe. Ils n'ont pas le même cursus, mais ont théoriquement la même mission de soin, et le même droit à une formation de qualité. La médecine générale est désormais reconnue comme une spécialité à part entière. Au moment de notre enquête, tous les internes en poste avaient passé les épreuves nationales classantes, comme les spécialistes d'organe. Et pourtant nombre d'entre eux estimaient ne pas être traités de la même façon que leurs collègues spécialistes. Il nous semblerait intéressant de creuser cette donnée par une étude complémentaire, pour mieux en comprendre les paramètres. On pourrait ainsi envisager des mesures de prévention pouvant participer à la lutte contre le *burn-out* des internes.

L'épuisement émotionnel était également associé à l'impression de ne pas avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées à la pratique. Cette impression touchait la moitié des internes, que ce soit en stage hospitalier ou ambulatoire. Un interne qui prend des décisions médicales avec un bagage théorique insuffisant, même s'il prend une bonne décision, se sent mis en difficulté et moins sûr de lui. Son investissement dans une relation d'aide avec le patient est donc plus difficile à gérer, ce qui augmente son épuisement. Le questionnaire ne précisait pas les

domaines dans lesquels les internes se sentaient en difficulté. Il serait intéressant d'étudier cet aspect : s'agit-il de connaissances biomédicales pures ou de capacités dans d'autres domaines (psychologie, communication..).

Le troisième facteur important dans l'épuisement émotionnel était l'absence de reconnaissance du travail fourni. 10 internes seulement estimaient que leur travail n'était reconnu ni par leur senior, ni par leur équipe. Il s'agissait d'une faible proportion des répondants (8,8%), mais la différence dans les scores d'épuisement émotionnel était suffisamment importante pour être statistiquement significative. Le questionnaire n'évaluait pas la reconnaissance du travail de l'interne par les patients, ce qui aurait été intéressant. Le manque de reconnaissance et de respect sont des facteurs de risque de *burn-out* retrouvés dans de nombreuses études, que ce soit chez les internes (28) ou chez les médecins installés (2, 5, 19). Les internes sont particulièrement à risque concernant ce facteur. En effet, leur place de médecin en formation les place en première ligne dans la prise en charge des patients. Mais étant en formation, ils sont sous la supervision et la responsabilité d'un senior. Pour les patients, il est parfois difficile de comprendre le rôle exact de l'interne, ce qui limite la reconnaissance de son travail.

Le manque de soutien est également reconnu comme un facteur important d'épuisement. Dans l'étude nantaise, seuls 4 internes disaient avoir des difficultés de recours à leur senior, un nombre trop faible pour en tirer des données significatives sur le plan statistique.

Les internes de premier semestre étaient plus touchés par le *burn-out*. Il est possible que des facteurs de confusion soient intervenus. En effet, les internes de premier semestre étaient plus nombreux à estimer leurs connaissances insuffisantes. Ils étaient tous en stage hospitalier, critère associé bien que non significativement à un épuisement émotionnel plus élevé ($p=0,059$). Mais facteur de confusion ou pas, le premier semestre était identifié comme période à risque de *burn-out*. C'est une période de changements, où l'étudiant en médecine se retrouve brutalement avec de lourdes responsabilités. Plusieurs études suggèrent l'intérêt de groupes de soutien, de tutorats et d'encadrement dans la prévention de l'épuisement professionnel (12,18). Cette prévention nous semble être particulièrement importante au début de l'internat.

En outre, il serait intéressant d'évaluer l'impact des modalités de formation au cours du deuxième cycle sur les scores de *burn-out* des internes de premier semestre (présence en stage, type de formation théorique, mise en situation...).

Le choix par défaut de la filière de médecine générale était un facteur de risque de moindre accomplissement personnel ($p=0,017$). Ce choix par défaut n'était pas associé aux deux autres dimensions du *burn-out*. Elles sont pourtant considérées comme les préalables à la diminution de l'accomplissement personnel (4,5,6). Il est possible que les internes ayant obtenu la médecine générale par défaut ressentent une démotivation plus importante pour leur travail. Ils ont plus de mal à s'impliquer, ressentent une certaine frustration de ne pas exercer le métier qu'ils souhaitaient. Ils se sentent moins accomplis sans pour autant être réellement épuisés.

Au terme de cette étude, plusieurs pistes de réflexion sont ouvertes. La prévalence du harcèlement, et en particulier de la discrimination entre internes de médecine générale et internes de spécialité, est importante chez les internes épuisés. Des études complémentaires sur le sujet permettraient de mieux en comprendre les paramètres. L'exploration du *burn-out* sous d'autres formes qu'un questionnaire apporterait d'autres informations. Cela permettrait de préciser les attentes des internes en terme de connaissances théoriques nécessaires et de reconnaissance de leur travail. L'étude du *burn-out* chez les internes de spécialité serait également intéressante pour envisager des mesures de prévention généralisées.

Cette prévention passe par la reconnaissance du problème. Les étudiants en médecine, les internes, leurs seniors et leurs tuteurs, devraient être informés du risque de *burn-out*. La mise en place d'ateliers de gestion du stress ou de groupes Balint pourrait être intéressante et devrait être

évaluée par des études complémentaires.

La reconnaissance du travail des internes, tant par leur équipe que par les patients et la société, devrait être encouragée, en faisant mieux connaître le statut de l'interne. La formation des futurs praticiens au cours de leur deuxième cycle devrait être étudiée en ne tenant pas seulement compte de leurs résultats lors des épreuves nationales classantes, mais aussi en observant leur devenir en tant que médecin, leurs compétences cliniques et leur *burn-out* éventuel.

CONCLUSION

Notre étude a permis de confirmer l'existence du *burn-out* des internes de médecine générale de Nantes et d'en identifier certains marqueurs de risque. Plus de la moitié des internes étaient concernés par une ou plusieurs dimensions du *burn-out*. La prise en charge de patients en fin de vie et de diagnostics graves était un facteur de risque important, mais non modifiable, puisque cette prise en charge fait partie du métier de soignant. D'autres facteurs ont été identifiés, sur lesquels il est possible d'agir. Le sentiment d'une discrimination entre internes de médecine générale et de spécialité était important chez les internes épuisés, bien que depuis 2004, tous passent le même concours. Plus du tiers des internes se sentait également victime de harcèlement sous forme de cris ou d'humiliation publique. La moitié des internes percevait leur bagage théorique comme insuffisant ou inadapté à la pratique. Enfin, l'absence de reconnaissance de leur travail était un facteur important de *burn-out*.

Cette étude était une première évaluation du problème, qui a mis à jour quelques pistes. Des enquêtes plus approfondies seraient nécessaires pour mettre en place des stratégies de prévention et de prise en charge du *burn-out* des internes.

Un bon médecin doit avoir des connaissances médicales solides, qui lui sont apportées par sa formation initiale et sa formation continue. Il doit également pouvoir établir une relation de confiance avec ses patients et ses collègues, et savoir faire preuve d'empathie dans la relation de soins. Cette aptitude à l'empathie est corrélée à la qualité de vie des soignants et à leurs scores de *burn-out*. Un interne victime de *burn-out* ne peut s'investir dans la relation d'aide et développer cette aptitude à l'empathie, ce qui ampute sa formation d'un aspect fondamental de son métier. D'autre part, en tant que soignant en exercice, un interne épuisé est moins efficace. La prise en charge du *burn-out* des internes a non seulement un intérêt en terme pédagogique, mais aussi en terme de qualité des soins aux patients, ce qui en souligne l'importance.

Annexe 1- Questionnaire utilisé

1) Données démographiques	
Vous êtes	une femme / un homme
Situation familiale	en couple / célibataire
Avez vous des enfants, ou des personnes à charge?	oui / non
Votre faculté d'origine (externat)	Nantes / Autre faculté
Semestre en cours	S1/ S2 / S3 / S4 / S5 / S6
Vous avez choisi la médecine générale	c'était votre premier choix / par défaut
Quelle orientation professionnelle envisagez-vous?	médecine générale libérale / autre activité libérale / activité hospitalière / je ne sais pas
2) Conditions de travail dans votre stage actuel	
Votre stage actuel est	praticien / SASPAS / hospitalier
Votre charge de travail hebdomadaire moyenne, en heures, gardes comprises	
Le repos de sécurité le lendemain des gardes est-il appliqué?	oui / non / je n'ai pas de garde / il s'agit d'astreintes
Votre lieu de stage se trouve-t-il à plus d'une demi heure de votre domicile?	oui / non
Avez vous à prendre en charge fréquemment des patients en fin de vie, des soins palliatifs, l'annonce de diagnostics graves?	oui / non
Trouvez vous vos connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour votre pratique actuelle?	oui / non
Le recours à votre (vos) senior(s) est il facile, sont ils disponibles?	oui / non
Avez vous l'impression que votre travail est reconnu à sa juste valeur	
- par le(s) senior(s)	oui / non
- par l'équipe soignante	oui / non / je n'ai pas d'équipe soignante
Avez vous déjà vécu certaines de ces situations lors de votre internat?	Quelqu'un s'est attribué le mérite d'un travail que vous aviez fourni Vous avez été déprécié ou humilié publiquement Vous vous êtes fait crier dessus Vous avez été victime de harcèlement sexuel (paroles et/ou actes) Vous avez été victime de violences physiques Vous avez ressenti une discrimination avec des internes de spécialité Aucune de ces situations
3) Pour les questions suivantes, merci d'indiquer à quelle fréquence vous ressentez ce qui est décrit à chaque item, de jamais à chaque jour. (questionnaire de Maslach)	
1- Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	
2- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	
3- Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	
4- Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	
5- Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	
	jamais / quelques fois par an / une fois par mois / quelques fois par mois / une fois par semaine / quelques fois par semaine / chaque jour

6- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts		
7- Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades		
8- Je sens que je craque à cause de mon travail		
9- J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens		
10- Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail		
11- Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement		
12- Je me sens plein(e) d'énergie		
13- Je me sens frustré(e) par mon travail		
14- Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail		
15- Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades		
16- Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop		
17- J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades		
18- Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades		
19- J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail		
20- Je me sens au bout du rouleau		
21- Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement		
22- J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes		
4) Gestion du stress		
De quelle façon(s) gérez vous le stress ressenti au travail?		Discussion avec d'autres médecins ou internes Discussion avec les amis, la famille Sport, loisir Consommation alcool, cannabis, psychotropes Recours à un professionnel de santé (psychologue, médecin) Religion, croyance personnelle Autre
5) Quelques questions pour terminer		
Avez vous déjà sérieusement envisagé d'arrêter votre formation médicale?		oui / non
Si oui, cela a eu lieu		avant l'externat pendant l'externat aux résultats des ECN pendant l'internat
Et si c'était à refaire... Referiez vous des études de médecine	oui / non / je ne sais pas	

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Estryng Behar M, Risques professionnels et santé des médecins. Masson 2002.
- 2- Cathebras P, Begon A, Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Med. 2004 Dec 18;33(22):1569-74
- 3 Gautier. Burn Out des médecins. Bulletin du conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris. Mars 2003, N°86.
- 4- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
- 5- Barbier D, Syndrome d'épuisement professionnel du soignant. Presse Med. 2004 Mar 27;33(6):394-9
- 6- Canoui P, Mauranges A. Burn-out: le SEPS. De l'analyse aux réponses. Masson 3ème édition 2004.
- 7- Willcock SM, Daly MG, burn-out and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med J Aust. 2004 Oct 4;181(7):357-60.
- 8- West CP, Huschka MM, Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. JAMA. 2006 Sep 6;296(9):1071-8.
- 9- Thomas MR, Dyrbye LN, How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. J Gen Intern Med. 2007 Feb;22(2):177-83.
- 10- Shanafelt TD, West C, Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. J Gen Intern Med. 2005 Jul;20(7):559-64.
- 11- Shanafelt TD, Burnout and self reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med 2002;136:358-367.
- 12- Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004 Dec 15;292(23):2880-9.
- 13- Haas JS, Cook EF, Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med. 2000 Feb;15(2):122-8.
- 14- Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Psychosocial and professional characteristics of *burn-out* in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. Swiss Med Wkly. 2005 Feb 19;135(7-8):101-8.
- 15- Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician burn-out. JAMA. 2004 Feb 4;291(5):633
- 16- Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. Eur J Intern Med. 2006 May;17(3):195-200.
- 17- Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. Am J Med. 2003 Apr 15;114(6):513-9.
- 18- Vignon G. Le Burn-Out: du PCEM à la retraite? Exercer, 2004;71:96-100.
- 19- Truchot D. Le Burn Out des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne Ardenne; 2002.
- 20- Truchot D. Le Burn Out des médecins libéraux de Poitou Charente. Rapport de recherche pour l' Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou Charente; 2000.
- 21- Truchot D. Le burn-out des étudiants en médecine. Rapport URML Champagne Ardenne.
- 22- Leroy Corbon J. Les études de médecine générale, du rêve à la réalité. Thèse de médecine, université de Reims, 2003.

- 23- Buddeberg-Fischer B, Dietz C. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Serv Res*. 2006 Aug 14;6:98.
- 24- Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 2005 Jun 22;5:21.
- 25- Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*. 2002 Jun 19;287(23):3143-6.
- 26- Collier VU, McCue JD. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):384-90.
- 27- Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - what can be done? *Swiss Med Wkly*. 2003 Jun 14;133(23-24):339-46.
- 28- Rivoire B, Colombat P, Perrier M, Léger I. Fréquence et étiologies du syndrome de *burn-out* chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. *Med Pal* 2003; 2: 302-306.
- 29- Guinaud M. Evaluation du Burn Out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Thèse de médecine, université de Paris Val de Marne, 2006.
- 30- Brenninkmeijer V, Van Yperen N. How to conduct research on burn-out: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in *burn-out* research. *Occup Environ Med*. 2003 Jun;60 Suppl 1:i16-20.
- 31- Goitein L, Shanafelt TD. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch Intern Med*. 2005 Dec 12-26;165(22):2601-6.
- 32- Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA. Effect of the 80-hour workweek on resident *burn-out*. *Arch Surg*. 2004 Sep;139(9):933-8; discussion 938-40.
- 33- Friedlander G. Temps de travail des internes. *Med Sci (Paris)*. 2003 Jan;19(1):116-7
- 34- McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med*. 1991 Nov;151(11):2273-7.

Bénédicte BARBARIN

TITRE DE THESE :

Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale. Enquête transversale à la faculté de Nantes en 2008.

RESUME

Introduction. Le *burn-out* est caractérisé par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel. Il est bien connu chez les médecins, mais a été peu étudié chez les internes français.

Méthode. Tous les internes de médecine générale (IMG) de Nantes en stage en février 2008 ont été invités à remplir un questionnaire comportant des données démographiques, des items concernant leurs conditions de travail et le Maslach Burnout Inventory.

Résultats. Sur 114 répondants (57,9%), 65 internes (57%) présentaient au moins un critère de *burn-out*. Les facteurs de risque pour l'épuisement émotionnel étaient le ressenti d'une discrimination entre IMG et spécialistes ($p < 0,001$), des connaissances théoriques perçues comme inadaptées ($p < 0,01$), et l'absence de reconnaissance du travail des internes ($p < 0,05$). Les internes de premier semestre étaient plus à risque ($p = 0,04$). La dépersonnalisation était également liée à la discrimination entre spécialistes et IMG ($p = 0,04$). La charge horaire n'était pas liée aux scores de *burn-out*.

Discussion. Le *burn-out* des IMG nantais, qui concerne plus de la moitié d'entre eux, n'est pas lié à leurs horaires, mais semble favorisé par des connaissances théoriques inadaptées, un manque de reconnaissance et par une discrimination face aux spécialistes.

MOTS CLES

épuisement professionnel, *burn-out*, internat de médecine générale.