

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE

(PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2011

THESE

N°2011PA06G057

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR Mlle THEVENET Marie

Née le 23 septembre 1983 à Marseille 8e

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 OCTOBRE 2011

**TITRE : ANALYSE DU BURN OUT CHEZ LES INTERNES DE
MEDECINE GENERALE SUR LA BASE D'UNE ETUDE
COMPARATIVE ENTRE L'ILE-DE-FRANCE ET LE LANGUEDOC
ROUSSILLON**

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur D. TIRMARCHE

PRESIDENT DE THESE : Monsieur le Professeur C.S. PERETTI

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur J. CABANE

Monsieur le Docteur F. FERRERI, MCU-PH HDR

Monsieur le Docteur P. LEVY

**ANALYSE DU BURN OUT CHEZ LES INTERNES DE
MEDECINE GENERALE SUR LA BASE D'UNE ETUDE
COMPARATIVE ENTRE L'ILE-DE-FRANCE ET LE
LANGUEDOC ROUSSILLON**

Aux membres de mon jury,

A Monsieur le Professeur Charles PERETTI,

*Vous me faites l'honneur de présider mon jury.
Recevez ici le témoignage de mon profond respect.*

A Monsieur le Docteur Florian FERRERI, MCU-PH HDR

*Merci pour votre présence au sein de mon jury.
Je vous prie d'accepter mes plus sincères remerciements.*

A Monsieur le Professeur Jean CABANE,

*Vous avez accepté de siéger à mon jury.
Je vous prie de trouver ici l'expression de ma gratitude sincère.*

A Monsieur le Professeur Maurice FERRERI,

*J'ai appris la psychiatrie avec vous. Merci pour votre gentillesse et votre aide.
Votre présence est un honneur et un plaisir.*

A Monsieur le Docteur Dominique TIRMARCHE,

*Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'accompagner dans cette aventure.
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Pierre LEVY,

*Vous m'avez appris à utiliser les statistiques avec enthousiasme.
Merci pour votre disponibilité, votre écoute et votre aide précieuse dans ce travail.*

A ma famille et mes amis,

A Marie-Françoise et Régis, mes parents,

Merci pour votre présence inconditionnelle à chaque moment de ma vie, votre soutien sans faille et votre amour.

Vos encouragements répétés durant toute cette grande et longue aventure m'ont permis de l'accomplir entièrement.

A Emeline, ma sœur,

Merci pour ton appui constant, ton aide dans la réalisation du questionnaire, des graphiques et du temps que tu as su m'accorder. Un grand merci à Ben et Malo pour ces belles nuits d'été...

A Florent, ma moitié,

Ce projet a pu exister grâce à ta présence, ton soutien, ton amour et ta patience.

Merci d'être là.

A Jérôme,

Merci d'avoir pris le temps de transformer mes questionnaires en tableaux et de m'avoir montré tes talents de docteur en informatique.

A Lise,

Merci pour ta générosité et ton amitié durant l'internat. Et surtout un grand merci pour ton hospitalité en des temps lointains et difficiles...

A mes amies et amis,

Parisiens, lyonnais, bretons ou toulousains - qui m'ont encouragée dans cet ouvrage.

A Laurence Cauchard,

Merci de m'avoir inspirée ce projet et d'avoir partagé ton travail afin que je le poursuive.

*Merci aux départements de médecine générale des facultés de Paris VI, PIFO, Le Kremlin
Bicêtre, Paris VII et Bobigny pour leur aide et leur collaboration à ce travail.*

Merci au syndicat SNJMG d'avoir accepté d'envoyer mon questionnaire à leurs adhérents.

*Enfin, merci à tous les internes de médecine générale qui ont pris le temps de répondre au
questionnaire et qui ont permis à cette enquête d'exister.*



PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2	AGUT	Henri	Virologie	PITIE SALPETRIERE
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	TENON
	<i>ALLILAIRE</i>			
4	<u>Surnombre</u>	Jean-François	Psychiatrie adulte	PITIE SALPETRIERE
5	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	ANDRE	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11	ARACTINGI	Selim	Dermatologie	TENON
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
14	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie/Santé Publique	PITIE SALPETRIERE
15	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
16	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
17	AURENGO	André	Biophysique/méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
18	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
19	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
20	BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
21	BASDEVANT	Arnaud	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
22	BAUD	Laurent	Explorations fonctionnelles	TENON
23	BAULAC	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
24	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
25	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
26	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
27	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
28	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
	<i>BEN HAMOU</i>			
29	<u>Surnombre</u>	Albert Claude	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
30	BENIFLA	Jean-Louis	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
	<i>BENSMAN</i>			
31	<u>Surnombre</u>	Albert	Néphrologie	TROUSSEAU

32	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
33	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
34	<i>BEREZIAT</i> <u>Surnombre</u>	<i>Gilbert</i>	<i>Biochimie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
35	BERNAUDIN	Jean-François	Histologie	TENON
36	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU
37	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
38	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
39	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
40	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
41	BONNET	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
42	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
43	BOUCHARD	Philippe	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
44	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
45	BOURGOIS	Pierre	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
46	BREART	Gérard	Epidémiologie/Gynécologie	TENON
47	BRICAIRE	François	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
48	BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE
49	BROCHERIOU	Isabelle	Anatomie pathologique	TENON
50	BRUCKERT	Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
51	CABANE	Jean	Médecine interne	SAINT ANTOINE
52	<i>CABANIS</i> <u>Surnombre</u>	<i>Alain Emmanuel</i>	<i>Radiologie/Imagerie médicale</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
53	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
54	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON
55	<i>CALLARD</i> <u>Surnombre</u>	<i>Patrice</i>	<i>Anatomie pathologique</i>	<i>TENON</i>
56	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
57	CAPEAU	Jacqueline	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
58	CAPRON	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
59	CARBAJAL-SANCHEZ	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
60	CARBONNE	Bruno	Gynécologie obstétrique	SAINT ANTOINE
61	CARETTE	Marie-France	Radiologie	TENON
62	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
63	CARRAT	Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE
64	<i>CASADEVALL</i> <u>Surnombre</u>	Nicole	Immunologie/Hématologie	SAINT ANTOINE
65	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
66	CATONNE	Yves	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
67	CAUMES	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
68	CAYRE	Yvon	Hématologie clinique	Robert DEBRE
69	CESSSELIN	François	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
70	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
71	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
72	CHASTRE	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
73	CHAZOILLERES	Olivier	Hépatologie	TENON

74	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
75	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
76	CHIRAS	Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
77	CHOUAID	Christos	Pneumologie	SAINT ANTOINE
78	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
79	CLEMENT	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
80	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
81	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
82	COHEN	Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
83	COHEN	David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
84	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
86	COMBES	Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
87	CONSTANT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
88	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
89	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
90	CORNU	Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
91	COSNES	Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
92	COSTEDOAT	Nathalie	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
93	COULOMB	Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
94	COURAUD	François	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
95	CUSSENOT	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
96	DAMSIN	Jean-Paul	Orthopédie	TROUSSEAU
97	DARAI	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
98	DAUTZENBERG	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
99	DAVI	Frédéric	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
100	De GRAMONT	Aimery	Oncologie médicale	SAINT ANTOINE
101	DEBRE	Patrice	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
102	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
103	DENOYELLE	Françoise	ORL	TROUSSEAU
104	DERAY	Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
105	DEVAUX	Jean-Yves	Biophysique/méd. Nucléaire	SAINT ANTOINE
106	DOMMERMUES	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
107	DORMONT	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
108	DOUAY	Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
109	DOURSOUNIAN	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
110	DUBOIS	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
111	DUCOU LE POINTE	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
112	DUGUET	Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
113	DUSSAULE	Jean-Claude	Physiologie	SAINT ANTOINE
114	DUYCKAERTS	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
115	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
116	EYMARD	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE

117	FAUROUX	Brigitte	Pneumologie pédiatrique	TROUSSEAU
118	FAUTREL	Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
119	FERON	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
120	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	SAINT ANTOINE
121	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
122	FLEJOU	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
123	FLORENT	Christian	Hépto Gastro-Entérologie	SAINT ANTOINE
124	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
125	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
126	FOURET	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
127	FOURNIER	Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
128	FRANCES	Camille	Dermatologie	TENON
129	FUNCK-BRENTANO	Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
130	<i>GANDJBAKHCH</i> <i>Surnombre</i>	<i>Iradj</i>	<i>Chirurgie thoracique</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
131	GARABEDIAN	Eréa Noël	ORL	TROUSSEAU
132	GARBARG CHENON	Antoine	Virologie	TROUSSEAU
133	<i>GATTEGNO</i> <i>Surnombre</i>	<i>Bernard</i>	<i>Urologie</i>	<i>TENON</i>
134	GIRARD	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
135	GIRARDET	Jean-Philippe	Gastro Entérologie/Nutrition	TROUSSEAU
136	GIRERD	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
137	<i>GIROT</i> <i>Surnombre</i>	<i>Robert</i>	<i>Hématologie clinique</i>	<i>TENON</i>
138	GOLD	Francis	Néonatalogie	TROUSSEAU
139	GORIN	Norbert	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
140	GOROCHOV	Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
141	GOUDOT	Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
142	GRATEAU	Gilles	Médecine interne	TENON
143	GRENIER	Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
144	<i>GRIMALDI</i> <i>Surnombre</i>	<i>André</i>	<i>Endocrinologie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
145	GRIMPREL	Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
146	GRUNENWALD	Dominique	Chirurgie thoracique	TENON
147	GUIDET	Bertrand	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
148	HAAB	François	Urologie	TENON
149	HAERTIG	Alain	Médecine légale/Urologie	PITIE SALPETRIERE
150	HANNOUN	Laurent	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
151	HARTEMANN HEURTIER	Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
152	HAUSFATER	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
153	<i>HAUW</i> <i>Surnombre</i>	<i>Jean-Jacques</i>	<i>Anatomie/Cytologie pathologique</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
154	<i>HELARDOT</i> <i>Surnombre</i>	<i>Pierre</i> <i>Georges</i>	<i>Chirurgie viscérale</i>	<i>TROUSSEAU</i>
155	HELFT	Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
156	HERSON	Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
157	HOANG XUAN	Khé	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
158	HOURY	Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON

159	HOUSSET	Chantal	Biologie cellulaire	TENON
160	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
161	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
162	<u>JAILLON Surnombre</u>	Patrice	Pharmacologie	<u>SAINT ANTOINE</u>
163	JARLIER	Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
164	JOUANNIC	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
165	JOUVENT	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
166	JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
167	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
168	KHAYAT	David	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
169	<u>KIEFFER Surnombre</u>	Edouard	Chirurgie vasculaire	<u>PITIE SALPETRIERE</u>
170	KLATZMANN	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
171	KOMAJDA	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
172	KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
173	LACAINE	François	Chirurgie digestive	TENON
174	LACAU SAINT GUILY	Jean	ORL	TENON
175	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON
176	LAMAS	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
177	LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
178	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
179	LAROCHE	Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
180	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
181	LE BOUC	Yves	Physiologie/Explora fonction	TROUSSEAU
182	LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
183	LE HOANG	Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
184	<u>LEBEAU retraite le 17.11.2010</u>	<u>Bernard</u>	<u>Pneumologie</u>	<u>SAINT ANTOINE</u>
185	LEBLOND	Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
186	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
187	LEFRANC	Jean-Pierre	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
188	LEGRAND	Ollivier	Hématologie clinique	HOTEL DIEU
189	LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
190	LEMOINE	François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
191	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
192	LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
193	LEVY	Richard	Neurologie	SAINT ANTOINE
194	LIENHART	André	Anesthésiologie/réanimation	SAINT ANTOINE
195	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
196	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
197	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
198	LYON-CAEN	Olivier	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
199	MALLET	Alain	Biostatistiques/info médicale	PITIE SALPETRIERE
200	MARIANI	Jean	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
201	MARIE	Jean-Pierre	Hématologie/oncologie pédiatrique	HOTEL DIEU

202	MARSAULT <u>Surnombre</u>	Claude	Radiologie	TENON
203	MASLIAH	Joëlle	Biochimie	SAINT ANTOINE
204	MAURY	Eric	Réanimation médicale	TENON
205	MAYAUD	Marie Yves	Pneumologie	TENON
206	MAZERON	Jean- Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
207	MAZIER	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
208	MEININGER	Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
209	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
210	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
211	MERLE BERAL	Hélène	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
212	METZGER <u>Surnombre</u>	<i>Jean-Philippe</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
213	MEYER	Bernard	ORL	SAINT ANTOINE
214	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
215	MICHEL	Pierre Louis	Cardiologie	TENON
216	MILLIEZ <u>Surnombre</u>	<i>Jacques</i>	<i>Gynécologie obstétrique</i>	<i>SAINT ANTOINE</i>
217	MITANCHEZ	Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
218	MONTALESCOT	Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
219	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
220	MURAT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
221	NACCACHE	Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
222	NICOLAS	Jean-Claude	Virologie	TENON
223	OFFENSTADT <u>Surnombre</u>	Georges	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
224	OPPERT	Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
225	PAQUES	Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
226	PARC	Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
227	PASCAL- MOUSSELLARD	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
228	PATERON	Dominique	Génétique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
229	PAVIE	Alain	Chirurgie thoracique/cardiaque	PITIE SALPETRIERE
230	PAYE	François	Chirurgie générale/digestives	SAINT ANTOINE
231	PELISSOLO	Antoine	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
232	PERETTI	Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
233	PERIE	Sophie	ORL	TENON
234	PETIT	Jean-Claude	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
235	PETITCLERC	Thierry	Biophysique/Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
236	PIALOUX	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
237	PICARD	Arnaud	Stomatologie	TROUSSEAU
238	PIERROT- DESELLIGNY	Charles	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
239	PIETTE	François	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
240	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	PITIE SALPETRIERE
241	POUPON <u>Surnombre</u>	<i>Raoul</i>	<i>Hépto Gastro Entérologie</i>	<i>SAINT ANTOINE</i>
242	POYNARD	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
243	PRADAT	Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
244	PUYBASSET	Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE

245	RATIU	Vlad	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
246	RENOLLEAU	Sylvain	Réanimation néonatale	TROUSSEAU
247	<i>RICHARD</i> <u>Surnombre</u>	<i>François</i>	<i>Urologie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
248	RIOU	Bruno	Anesthésiologie/Urgences médi-co chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
249	ROBAIN	Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
250	ROBERT	Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
251	RODRIGUEZ	Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
252	RONCO	Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
253	RONDEAU	Eric	Néphrologie	TENON
254	ROSMORDUC	Olivier	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
255	ROUBY	Jean- Jacques	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
256	ROUGER	Philippe	Immunologie	INTS
257	ROUZIER	Roman	Gynécologie obstétrique	TENON
258	ROZENBAUM	Willy	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT LOUIS
259	SAHEL	José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
260	SAMSON	Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
261	SANSON	Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
262	SAUTET	Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
263	SEILHEAN	Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
264	SEKSIK	Philippe	Hépto Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
265	SEZEUR	Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
266	SIFFROI	Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
267	SIMILOWSKI	Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
268	SIMON	Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
269	SOUBRIER	Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
270	SPANO	Jean- Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
271	TALBOT	Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
272	TANKERE	Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
273	<i>THIBAUT</i> <u>Surnombre</u>	<i>Philippe</i>	<i>Urologie</i>	<i>TENON</i>
274	THOMAS	Daniel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
275	THOMAS	Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
276	THOUMIE	Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
277	TIRET	Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
278	TOUBOUL	Emmanuel	Radiothérapie	TENON
279	TOUNIAN	Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
280	TOURAINÉ	Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
281	TRAXER	Olivier	Urologie	TENON
282	TRUGNAN	Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
283	<i>TUBIANA</i> <u>Surnombre</u>	<i>Jean-Michel</i>	<i>Radiologie</i>	<i>SAINT ANTOINE</i>
284	ULINSKI	Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
285	UZAN	Serge	Gynécologie obstétrique	TENON
286	VAILLANT	Jean- Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
287	<i>VALLERON</i> <u>Surnombre</u>	Alain	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE

288	<i>VAN EFFENTERRE</i> <u>Surnombre</u>	<i>Rémy</i>	<i>Neurochirurgie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
289	<i>VAYSSAIRAT</i> <u>Surnombre</u>	<i>Michel</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>TENON</i>
290	VAZQUEZ	Marie Paule	Stomatologie	TROUSSEAU
291	<i>VERNANT</i> <u>Surnombre</u>	Jean-Paul	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
292	VERNY	Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
293	VIALLE	Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
294	VIDAILHET	Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
295	VOIT	Thomas	Pédiatrie / Neurologie	PITIE SALPETRIERE
296	WENDUM	Dominique	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
297	<i>WILLER</i> <u>Surnombre</u>	<i>Jean-Vincent</i>	<i>Physiologie</i>	<i>PITIE SALPETRIERE</i>
298	WISLEZ	Marie	Pneumologie	TENON
299	ZELTER	Marc	Physiologie	PITIE SALPETRIERE

En gras : PUPH chefs de service

SOUBRANE	Olivier	Chirurgie hépatique	SAINT ANTOINE/UFR René DESCARTES
-----------------	---------	---------------------	-------------------------------------

LOUVET	Christophe	Disponibilité pour convenances personnelles 01.04.2010 au 31.03.2011	
---------------	-------------------	---	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ABUAF	Nissen	Hématologie/Immunologie	TENON
2	AIT OUFELLA <i>Stagiaire</i>	Hafid	Réanimation Médicale	SAINT ANTOINE
3	AMIEL	Corinne	Virologie	TENON
4	ANCEL	Pierre-Yves	Epidémiologie/santé Publique	TENON
5	ANKRI	Annick	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
6	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE
7	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
8	AUDO <i>Stagiaire</i>	Isabelle	Ophthalmologie	CHNO 15/20
9	AXELRAD	Herbert	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
10	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
11	BARBU	Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
12	BELLANNE-CHANIELOT	Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
13	BELLOCQ	Agnès	Physiologie/Explor fonction	TENON
14	BENOLIEL	Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
15	BENSIMON	Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
16	BERLIN	Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
17	BERTHOLON	Jean-François	Physiologie	SAINT ANTOINE
18	BIOUR	Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
19	BOELLE	Pierre Yves	Biostatistiques et info médicale	SAINT ANTOINE
20	BORSOS	Anne-Marie	Biochimie	HOPITAL A. PARE
21	BOULE	Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
22	BOUTOLLEAU	David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23	BROUSSE	Geneviève	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
24	BUFFET	Pierre	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
25	CARCELAIN-BEBIN	Guislain	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
26	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
27	CERVERA	Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
28	CHABBERT-BUFFET	Nathalie	Endocrinologie/Gynécologie	TENON
29	<u>CHARBIT</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Benny</u>	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
30	CHARLOTTE	Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
31	CHARRON	Philippe	Génétique/Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
32	COLOMBAT	Magali	Anatomie pathologique	TENON
33	COMPERAT	Eva Maria	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
34	CORVOL	Jean-Christophe	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE

35	COULET	Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
36	COUSSIEU	Christiane	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT	Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38	DALOZ	Madeleine	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
39	DANZIGER	Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
40	DATRY	Annick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
41	DECRE	Dominique	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
42	DELERS	Francisco	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
43	DELHOMMEAU	François	Hématologie	SAINT ANTOINE
44	<u>DEMOULE</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Alexandre</u>	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
45	DEPIENNE	Christel	Génétique	PITIE SALPETRIERE
46	DEVAUX	Aviva	Histologie/Bio de la reproduct	PITIE SALPETRIERE
47	DEVELOUX	Michel	Parasitologie	SAINT ANTOINE
48	DUPONT-DUFRESNE	Sophie	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
49	ESCUDIER	Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
50	FAJAC-CALVET	Anne	Histologie Embryologie	TENON
51	<u>FARDET</u> <i>Stagiaire</i>	Laurence	Médecine interne	SAINT ANTOINE
52	FERRERI	Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE
53	FLEURY	Jocelyne	Histologie Embryologie	TENON
54	FOLLEZOU	Jean-Yves	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
55	FRANCOIS	Thierry	Pneumologie/ Réanimation	TENON
56	FRIJA	Elisabeth	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
57	GALANAUD	Damien	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
58	GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE
59	GAY	Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
60	GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
61	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON
62	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
63	GOLMARD	Jean-Louis	Biostatistiques/Info médicale	PITIE SALPETRIERE
64	GONZALES	Marie	Génétique /embryo médicales	TROUSSEAU
65	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE
66	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
67	HALLEY DESFONTAINES	Virginie	Epidémiologie/Santé Publique	PITIE SALPETRIERE
68	HAYMANN	Jean-Philippe	Physiologie/Expl Fonctionnelles	TENON
69	HENNEQUIN	Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE
70	<u>HENNO</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Priscilla</u>	Physiologie	SAINT ANTOINE
71	<u>HERTIG</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Alexandre</u>	Néphrologie	TENON
72	HOANG VAN	Catherine	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
73	<u>HUBERFELD</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Gilles</u>	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
74	HULOT	Jean-Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
75	<u>JERU</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Isabelle</u>	Génétique	TROUSSEAU

76	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINTE ANTOINE
77	JOSSET	Patrice	Anatomie pathologique	TROUSSEAU
78	JOYE	Nicole	Génétique	SAINTE ANTOINE
79	KAHN	Jean-François	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
80	<u>KARACHI AGID</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Carine</u>	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
81	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	SAINTE ANTOINE
82	LACOMBE	Catherine	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
83	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINTE ANTOINE
84	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
85	LACORTE	Jean-Marc	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
86	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
87	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
88	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
89	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
90	LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
91	<u>LETAVERNIER</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Emmanuel</u>	Physiologie	TENON
92	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
93	MANDELBAUM	Jacqueline	Histologie/Bio de la reproduct	TENON
94	MARCELIN-HELIOT	Anne-Geneviève	Virologie	PITIE SALPETRIERE
95	MAUREL	Gérard	Biophysique/Méd. Nucléaire	SAINTE ANTOINE
96	MAURIN	Nicole	Histologie	TENON
97	MAZIERES	Léonor	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
98	MOHAND-SAID	Saddek	Ophtalmologie	CHNO 15/20
99	MORAND-JOUBERT	Laurence	Bactériologie virologie	SAINTE ANTOINE
100	MORICE	Vincent	Biostatistiques/info médicale	PITIE SALPETRIERE
101	<u>MOZER</u> <i>Stagiaire</i>	<u>Pierre</u>	Urologie	PITIE SALPETRIERE
102	NETCHINE	Irène	Physiologie/Explor fonction	TROUSSEAU
103	NGUYEN KHAC	Florence	Anatomie Pathologique	PITIE SALPETRIERE
104	NIZARD	Jacky	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
105	PARISSET	Claude	Biochimie/Explor Fonction	TROUSSEAU
106	PIDOUX	Bernard	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
107	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
108	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	SAINTE ANTOINE
109	POIROT	Jean-Louis	Parasitologie	SAINTE ANTOINE
110	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
111	PORTNOI	Marie France	Génétique	SAINTE ANTOINE
112	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
113	RAVEL DARRAGI	Nadège	Histologie/Bio de la reprod	TENON
114	ROBERT	Annie	Hématologie biologique	SAINTE ANTOINE
115	ROSENHEIM	Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
116	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE

117	ROSSIGNOL	Sylvie	Physiologie/Explo fonction	TROUSSEAU
118	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
119	ROUX	Patricia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
120	SEBE	Philippe	Urologie	TENON
121	SEBILLE	Alain	Physiologie	SAINT ANTOINE
122	SELLAM	Jérémy	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
123	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Santé Publique	SAINT ANTOINE
124	SIBONY	Mathilde	Anatomie pathologique	TENON
125	SIMON	Dominique	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
126	SOUGAKOFF	Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
127	SOUSSAN	Patrick	Virologie	TENON
129	STANKOFF	Bruno	Neurologie	TENON
130	STRAUS	Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
131	SVRCEK	Magali	Anatomie/cytologie patho	SAINT ANTOINE
132	TANKOVIC	Jacques	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
133	THELLIER	Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
134	THOMAS	Ginette	Biochimie	SAINT ANTOINE
135	THOMASSIN	Isabelle	Radiologie	TENON
136	TRESCA	Jean-Pierre	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
137	URIOS	Paul	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
138	VAYLET	Claire	Biophysique/Méd. Nucléaire	TROUSSEAU
139	VEZIRIS	Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
140	VIGOUROUX	Corinne	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
141	VIMONT BILLARANT	Sophie	Bactériologie	TENON
142	WAROT	Dominique	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
143	WEISSENBURGER	Jacques	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
144	WOLF <i>retraite le</i> <u>16.10.2010</u>	Claude	Biochimie	SAINT ANTOINE

En gras : MCUPH chefs de service

Détachement et autres positions

145	CARAYON	Alain	Biochimie – Pitié Salpêtrière Détaché du 01.12.2007 au 30.11.2011
146	FILLET	Anne-Marie	Bactériologie - Pitié Salpêtrière Détachée AFSA du 01.09.2009 au 31.08.2011
147	GARCON	Loïc	Hématologie biologique – Saint Antoine Délégation aux USA ♣01.07.2012
148	KHOSROTEHRANI	Kiarash	Dermatologie - Tenon Disponibilité pour convenances personnelles ♣31.12.2010
149	TEZENASDUMONICEL	Sophie	Biostatistiques et informatique médicale - Pitié Salpêtrière Délégation auprès de l'unité INSERM 669 ♣30.04.2011

Table des matières

Remerciements.....	3
Résumé.....	18
Introduction.....	25
I - Présentation du concept de burn-out.....	26
A - Naissance du concept.....	26
B - Définitions.....	29
1 - Quelques exemples.....	29
2 - Les phases du burn out.....	32
3 - Un syndrome tridimensionnel.....	34
C - Différents modèles du stress.....	36
1 - Généralités sur le stress.....	36
2 - Modèle d'adaptation de Selye (1956).....	37
3 - Modèle ressource-exigence de Cherniss (1980).....	38
4 - Modèle exigence-contrôle de Karasek (1979).....	39
5 - Modèle effort-récompense de Siegrist (1990).....	40
6 - Modèle théorique du stress, coping et adaptation de Lazarus et Folkman (1988).....	41
7 - Modèle de conservation des ressources de Hobfoll (1989).....	42
8 - La psychopathologie du travail de Dejours.....	43
9 - Mise en relation avec les dimensions du burn out.....	43
D - Origines du burn out.....	45
1 - Analyse du concept de travail.....	45
2 - Psychopathologie du burn out.....	48
E - Facteurs favorisant ou protecteurs du burn out.....	49
1 - Facteurs liés à l'individu.....	49

a - La personnalité.....	49
b - Un profil type ?.....	51
c - Caractéristiques socio-démographiques	52
d - L'orientation de carrière.....	53
e - Les stratégies d'adaptation	54
2 - Facteurs liés au travail.....	54
a - La charge de travail	54
b - L'organisation du travail.....	55
c - Le conflit vie privée-vie professionnelle.....	57
3 - Facteurs liés aux relations interindividuelles.....	58
a - Relations avec les patients.....	58
b - Relations avec les collègues et soutien social.....	61
4 - Facteurs liés au statut particulier de l'interne.....	62
a - Jeunesse : faible expérience et processus identitaire.....	62
b - Manque de reconnaissance.....	63
c - Autonomie décisionnelle.....	64
d - Formation professionnelle.....	64
e - Connaissance du burn out	64
F - Propriétés clinico-biologiques	65
1 - Caractéristiques physiques.....	65
2 - Caractéristiques psychiques	65
3 - Caractéristiques cognitivo-comportementales	66
4 - Caractéristiques biologiques.....	67
G - Diagnostics différentiels.....	67
1 - Trouble de l'adaptation	67
2 - Stress.....	68
3 - Dépression.....	69

4 - Syndrome de fatigue ou neurasthénie	69
5 - Anxiété.....	70
6 - Insatisfaction au travail.....	70
H - Le burn out : un concept solide ou un effet de mode ?	71
1 - Le flou du concept.....	71
2 - Une popularité croissante	72
3 - Un médecin malade ?.....	73
I - Conséquences et prévention du burn out.....	75
1 - Conséquences.....	75
a - Sur le plan individuel.....	75
b - Sur le plan professionnel	76
c - Sur le plan collectif.....	76
2 - Prévention du burn out.....	77
a - Sur le plan individuel.....	77
b - Sur le plan collectif	79
c - Sur le plan organisationnel.....	79
J - Outils d'évaluation du burn out.....	80
1 - Maslach Burn out Inventory (MBI)	80
2 - Autres échelles.....	84
K - Le burn out chez les internes	84
1 - Généralités chez les soignants.....	84
2 - Particularités du statut de l'interne en médecine	85
3 - Etudes réalisées chez les internes	86
II - Description de l'étude.....	87
A - Matériel et méthodes	87
1 - Objectifs de l'étude.....	87

2 - Type d'enquête	87
3 - Modalités pratiques de l'étude	88
4 - Analyse statistique	90
B - Résultats.....	91
1 - Participation des internes	91
2 - Données démographiques	92
a - Sexe	92
b - Âge.....	93
c - Vie personnelle.....	93
d - Médecin traitant	95
3 - Situation professionnelle.....	95
a - Semestre.....	95
b - Droit au remord.....	96
c - Choix aux ECN	96
d - Charge de travail	97
4 - Données personnelles.....	100
a - Ressenti par rapport au travail.....	100
b - Conduites addictives.....	103
c - Psychotropes.....	104
d - Troubles du sommeil et du comportement alimentaire.....	105
e - Statut psychologique.....	106
f - Regard sur les études médicales.....	106
g - Connaissance du burn out	107
5 - Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale	108
a - Vue d'ensemble	108
b - Epuisement émotionnel	109
c - Dépersonnalisation.....	110

d - Accomplissement personnel	111
e - Corrélation entre les trois dimensions.....	112
f - Burn out sévère complet.....	113
g - Absence de burn out	114
h - Scores pathogènes	114
6 - Recherche de facteurs associés au burn out.....	115
a - Facteurs liés à l'épuisement émotionnel	119
b - Facteurs liés à la dépersonnalisation.....	120
c - Facteurs liés à l'accomplissement personnel.....	121
d - Facteurs liés à l'absence totale de burn out.....	122
e - Facteurs liés au burn out complet sévère	122
III - Discussion.....	124
A - Limites et biais de l'étude	124
1 - Liés aux modalités de l'étude.....	124
2 - Liés au matériel	125
3 - Liés aux zones géographiques étudiées	126
4 - Liés au MBI	127
5 - Liés au concept de burn out	128
6 - Points positifs.....	129
B - Interprétations de l'étude.....	129
1 - Description de l'échantillon.....	129
a - Caractéristiques socio-démographiques	129
b - Caractéristiques professionnelles.....	131
c - Caractéristiques personnelles.....	134
2 - Evaluation du burn out chez les internes	140
a - Comparaison avec des études antérieures	140

b - Corrélation entre les trois dimensions.....	142
3 - Facteurs associés au burn out	143
a - Facteurs associés à l'épuisement émotionnel	143
b - Facteurs associés à la dépersonnalisation.....	144
c - Facteurs associés à l'accomplissement personnel.....	144
d - Facteurs associés à l'absence totale de burn out	145
e - Facteurs associés au burn out complet sévère.....	146
f - Interprétations de ces données.....	147
g - Profil d'internes à risque de burn out complet sévère	147
4 - Comparaison des deux régions étudiées.....	149
5 - Comparaison des résultats de la région Ile de France.....	152
Conclusion	154
BIBLIOGRAPHIE	155
ANNEXES	
SERMENT	

"Ne prends pas la vie trop au sérieux, tu n'en sortiras pas vivant".

Bernard Le Bouyer de Fontenelle
Ecrivain français 1657-1757

Introduction

Le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn out » est de plus en plus étudié chez les médecins - y compris chez les internes - et les divers travaux réalisés confirment son existence dans cette catégorie socio-professionnelle^{3, 9, 21, 39, 42, 66}.

Cette entité engendre de multiples conséquences tant au niveau personnel que collectif, avec des répercussions potentielles sur la démographie médicale voire sur la prise en charge des patients.

L'objectif de cette étude est d'analyser la prévalence du burn out chez les internes de médecine générale et de tenter d'objectiver les éventuels facteurs associés. Deux régions ont été ainsi étudiées : le Languedoc Roussillon et l'Île de France.

La période singulière de l'internat représente une transition dans la vie du jeune médecin qui se trouve confronté à de nouvelles responsabilités, tout en essayant de trouver un équilibre dans sa vie personnelle et peut donc être source de stress. Il a été montré que les internes ont des comportements à risque (addictions, statut psychologique...) ^{3, 18, 21, 42, 66, 168} contrastant avec leur rôle de prévention et de soin ; et qu'ils n'ont pas de suivi médical régulier. Ce statut paradoxal semble précaire mais la fragilité des futurs médecins – aussi fréquente soit-elle – apparaît comme un sujet peu étudié, alors que le stress professionnel est un réel débat de société actuel.

Il nous a paru intéressant de réaliser cette étude pour mieux cerner l'épuisement professionnel chez les internes et ses causes, ceci dans l'espoir de proposer des mesures de prévention efficaces.

Après une première partie présentant le concept de burn out, nous présenterons notre étude et ses résultats avant de les décrire dans une analyse plus approfondie.

I - Présentation du concept de burn-out

A - Naissance du concept

« Le travail, c'est la santé ! Ne rien faire, c'est la conserver. Les prisonniers du boulot ne font pas de vieux os ! »

Cette célèbre chanson d'Henri Salvador, fredonnée en 1965, est loin d'être la première référence sur le lien existant entre le monde du travail et la santé des individus.

Néanmoins aucun consensus sur la date précise de l'apparition du concept d'épuisement professionnel ne semble exister^{18, 50, 168}.

Il apparaît progressivement aux environs du 18^e siècle, lors de la révolution industrielle qui entraîne de nombreuses transformations dans le monde du travail, avec une désorganisation sociale indéniable. Les ouvriers étaient en effet utilisés tels des esclaves : les plus résistants finissaient par tomber malade, et les malades mourraient. Ce n'est qu'en 1873 qu'Otto Von Bismarck, le premier chancelier allemand, propose une loi sur la responsabilité des employeurs dans l'atteinte à l'intégrité de la santé des travailleurs, avant de créer le premier système de sécurité sociale du pays¹⁰⁴.

En 1768, le médecin suisse Samuel Tissot constate les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Il est considéré comme l'un des précurseurs d'une psychopathologie du travail, et son approche était essentiellement basée sur la prévention et l'hygiène du travail¹⁶¹.

Ce n'est qu'à partir du 20^e siècle que la définition de stress apparaît : tout d'abord avec Hans Selye, qui décrit en 1936 le syndrome général d'adaptation¹⁴⁹, que nous étudierons plus en détail ultérieurement.

"Le stress, c'est la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. Donc, dès qu'une pression s'exerce sur notre organisme, celui-ci se mobilise pour y répondre. Deux options s'offrent à nous : ou bien la lutte ou la fuite. »

C'est le postulat de la loi de Yerkes-Dodson : un stress "raisonnable" augmente le rendement (on parle de stress positif ou eustress) alors qu'un stress trop élevé peut avoir des conséquences néfastes avec une diminution du rendement (on parle alors de stress négatif ou dystress) ¹⁴⁹.

En 1959, Claude Veil développe l'idée de l'épuisement professionnel en décrivant les états d'épuisement au travail ¹⁷². Ce psychiatre français débute dans le premier centre de réinsertion sociale et professionnelle de la Sécurité Sociale, puis se spécialisera dans la médecine du travail. Il constate des états d'épuisement « qui n'entrent pas dans la nosographie [psychiatrique] classique », et qui se développent chez les professionnels travaillant dans le cadre d'une relation à l'autre.

« La maladie, écrit-il, sera considérée comme le franchissement d'un seuil de désadaptation, au-delà d'une marge de tolérance. » Pour lui, « le travail intéressant ne fatigue pas », et ainsi « quand la joie cède à la peine, le travail devient fatigue ». La prévention de cet état d'épuisement repose sur l'éducation du public, l'hygiène du travail et les mesures sociales.

Le concept de burn out est décrit la première fois par un psychanalyste allemand, Herbert J. Freudenberger, en 1974. Il observe ce sentiment chez des soignants bénévoles s'occupant de patients toxicomanes dans des Free Clinics, et devant faire preuve d'une grande disponibilité. Pour lui, il s'agit d'un état d'épuisement d'un personnel soignant très investi professionnellement et émotionnellement avec ses patients. ⁴⁸

A l'origine, ce terme employé dans le milieu de l'aérospatial désigne l'épuisement du carburant d'une fusée, ce qui aboutit à une surchauffe et à l'explosion de son réacteur ⁴⁹.

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

Il s'agit d'un processus de désillusion pour Freudenberg. Tel un feu qui couve puis se propage, le burn out doit commencer par une flamme : pour avoir été consommé, il faut initialement avoir été enflammé.

Christina Maslach, psychologue américaine et chercheuse en psychologie sociale, découvre le concept de burn out lors de ses travaux de recherche sur la psychologie de la santé en 1976 menés auprès de professionnels de santé, d'avocats, de travailleurs sociaux ... soit ceux engagés dans une relation d'aide. La notion de burn out est d'abord apparue en tant que problème social, et non clinique ¹¹³.

Elle identifie les trois dimensions du burn out après avoir effectué de nombreuses recherches auprès de soignants et de professionnels engagés dans une relation avec l'autre, puis devient peu à peu la référente en la matière. L'épuisement émotionnel est la première dimension du syndrome, caractérisé par l'appauvrissement des ressources du sujet, l'amenant à une perte de motivation. La seconde dimension est la dépersonnalisation, ou détachement que le soignant développe envers les individus présents dans le contexte du travail. Vient ensuite la diminution de l'accomplissement personnel, se traduisant par un sentiment d'incompétence et une diminution de l'estime de soi. Après plusieurs études réalisées sur des échantillons de plusieurs centaines de personnes, elle crée en 1980 le Maslach Burn out Inventory, ou MBI, l'échelle mondiale validée pour décrire le burn out ¹¹⁸.

Le burn out a été largement étudié dans les professions où l'activité principale repose sur un lien étroit public-client, c'est-à-dire les professions d'aide. Autant la notion de stress était traditionnellement appliquée au monde de l'industrie, les travaux sur le burn out ont été préférentiellement dirigés dans le milieu tertiaire.

Ce concept connaît un essor considérable depuis une vingtaine d'années, avec l'étude du stress au travail. En effet, depuis les années 1970, plus de 2000 articles traitant du burn out sont parus. Afin de mieux l'analyser, essayons tout d'abord de le définir.

B - Définitions

1 - Quelques exemples

Il existe de nombreuses définitions du burn out, quasiment une par auteur et par ouvrage concernant le sujet. Le terme français est « syndrome d'épuisement professionnel », mais cette notion trop vague a été reprise par le terme plus fidèle de « carbonisation psychologique »⁵⁷.

Comme nous l'avons vu précédemment, le psychologue américain Freudenberger est le premier à l'avoir décrit.

Pour tenter de cerner la notion qu'il propose, reprécisons le contexte des années 1970 aux Etats-Unis. Nous sommes en pleine période du rêve américain, où le but est d'accéder à un niveau de vie toujours supérieur. La société prodigue le travail, afin de parvenir à l'excellence pour atteindre un statut social confortable et jouir d'un confort matériel certain. Ce rêve de réussite pousse les individus à travailler avec plus d'ardeur, et à tout tenter pour atteindre leurs objectifs.

Freudenberger définit le burn out comme « un effondrement, un épuisement ou une fatigue extrême provenant d'une demande excessive d'énergie, de forces ou de ressources ». C'est une perte de motivation d'une personne pour son travail, surtout quand sa forte implication n'a pas eu les résultats prévus. Il le décrit comme étant une maladie du battant.

Il observe que le syndrome d'épuisement professionnel se développe chez des individus talentueux, charismatiques et compétents, qui se lancent à corps perdu dans leur tâche et s'attendent à ce que leurs efforts soient récompensés. Il s'agit de la « maladie de l'âme en deuil de son idéal »⁴⁸.

Freudenberger précise sa première définition avec Richelson : « [c'est un] état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail. »

Pour North et lui-même en 1988, « le burn-out est un affaiblissement et une usure de l'énergie vitale provoquée par des exigences excessives qu'on s'impose de l'extérieur, lesquelles minent forces, mécanismes de défense et ressources ».

La définition de Christina Maslach et Susan Jackson est considérée comme la référence : le burn out est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui »¹¹⁶. Ce syndrome est la conséquence d'un déséquilibre vécu par des individus impliqués dans la relation d'aide, car ils prennent en charge des patients trop souffrants ou trop fragiles pour leur témoigner une qualité relationnelle en retour.

Nous reviendrons sur leur définition, qui met en lumière les trois dimensions du syndrome.

Pour le psychologue américain Cary Cherniss, l'épuisement professionnel se situe à l'intérieur même du concept de stress, en respectant un cycle en trois temps : le stress, les pressions extérieures et les stratégies d'adaptation. Le burn out apparaît lors de la troisième étape, lorsque les ressources adaptatives du sujet sont dépassées²².

Pines, Aronson et Kafry qui ont travaillé avec C. Maslach nous disent que « le burn-out peut impliquer des états de fatigue physique, émotionnelle et intellectuelle qui se traduisent généralement par un affaiblissement physique, une exténuation émotive, des sentiments d'impuissance et de désespoir ainsi que le développement chez le sujet d'une attitude négative, aussi bien envers lui-même qu'envers son travail, la vie et les gens ». Cette définition montre l'atteinte de tous les champs de la vie de l'individu, professionnels et personnels. Pines pense qu'il s'agit d'un échec dans la quête existentielle de l'individu qui a besoin de croire que sa vie, et plus précisément son travail, a un sens¹²⁹.

Jacques Languirand, journaliste autodidacte spécialiste de la communication, définit le burn-out en 1988 comme étant « une maladie de civilisation parmi d'autres qui a la particularité de se rencontrer surtout chez les individus les plus productifs de la société [...]». Le burn-out étant une forme de mal-être non spécifique par définition, il offre l'avantage au plan de la communication de permettre de considérer à travers lui certaines des causes physiques, psychosociales ou psychiques, qui sont communes à toutes maladies de civilisation ».

Le rôle de la société apparaît donc évident : il s'agit d'un « mal être vocationnel ».

Corin et Bibeau reprennent cette idée de « concept intégrateur qui vient en quelque sorte donner sens à un ensemble complexe et multidirectionnel de phénomènes », et n'entrant dans aucune nosographie précise¹⁴.

Claude Gervais, psychologue français, soulève l'idée que ces définitions portent surtout sur les symptômes associés au burn out, à défaut d'expliquer son origine et ses causes. Pour lui, la relation du sujet avec son travail est au cœur du syndrome.

Il s'agit d'être « victime d'un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, résultant de l'accumulation de tensions mal canalisées dans sa relation avec son emploi et entraînant une impression d'échec, une baisse d'efficacité ainsi qu'une perte d'intérêt notable pour le travail »¹⁵³.

Plus récemment en 2001, Pierre Canouï et Aline Mauranges le définissent comme « une expérience psychique douloureusement vécue par des personnes engagées dans un travail ayant pour but d'aider les gens ». Cette définition positionne la relation à l'autre au centre du syndrome : c'est la pathologie de la relation d'aide¹⁸.

« Quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même ? »

D'un point de vue international, le terme nippon *Karoshi* désigne une forme sévère extrême du burn out : littéralement, il signifie « mort par le travail », et est même reconnu comme une maladie professionnelle donnant droit à une indemnisation³³.

2 - Les phases du burn out

Freudenberger en décrit initialement douze, expliquant la progression des symptômes :

- Besoin de s'affirmer et d'être reconnu professionnellement
- Doutes et insécurité apparaissent mais la priorité est attribuée au projet grandiose
- Négligence des autres besoins
- Fatigue et déni des malaises
- Crainte de l'échec, insensibilité envers autrui, distorsion des valeurs
- Rigidité, intolérance, refoulement des besoins
- Poursuite de l'idéal, détachement face aux autres, indifférence envers soi, cynisme, idéation paranoïde
- Troubles du comportement : toxicomanie, isolement social, jugement altéré
- Addictions et dépersonnalisation plus accentuées
- Douleur morale plus intense, vide intérieur, agoraphobie
- Désespérance, abattement, émotivité limitée ou exagérée
- Épuisement total : dépression existentielle, idéation suicidaire, désordre psychosomatique grave.

Burke, Scheerer et Deszca identifient huit phases qu'ils intègrent dans un modèle plus dynamique en 1985, ayant l'avantage de reprendre les trois dimensions définies par Maslach :

1- Epuisement émotionnel (EE) bas, Dépersonnalisation (D) basse, Accomplissement Personnel (AP) élevé : l'individu est motivé et vise la perfection dans son projet.

2- EE bas, D élevée, AP élevé : le sujet est confronté à un sentiment de frustration et d'échec, mais plutôt que de renoncer à son projet grandiose ou de le recadrer dans des proportions plus réalistes, il persiste à vouloir réussir. Il devient amer, cynique, mais reste dévoué.

3 - EE bas, D basse, AP bas : l'individu commence à souffrir d'un mal être, et adopte une conduite d'évitement qui lui procure initialement un soulagement mais engendre une démotivation.

4 - EE bas, D élevée, AP bas : l'individu ressent à nouveau un désir narcissique de perfection, ce qui entraîne une rage de réussir avec un sentiment grandissant de dépersonnalisation.

5 - EE élevé, D basse, AP élevé : le sujet commence à s'épuiser, même s'il a repris la course.

6 - EE élevé, D élevée, AP élevé : la frustration apparaît de nouveau, mais l'individu ne renonce toujours pas.

7 - EE élevé, D basse, AP bas : l'individu n'a plus d'énergie, il opte pour un comportement d'évitement et de désengagement.

8 - EE élevé, D élevée, AP bas : le dernier stade représente un burn out sévère. L'individu est épuisé, n'a plus la force de continuer son projet grandiose et la frustration devient maximale. Il ressent un dégoût de lui-même, et se déprécie.

Ce modèle proposé initialement par Golembiewski⁶² a l'avantage de classer le burn out en 3 niveaux : bas (phases 1, 2 et 3), moyen (phases 4 et 5) et élevé (phases 6, 7 et 8).

L'intérêt est de pouvoir suivre l'évolution des stades avec le temps : les individus présentant un burn out bas ou élevé ont tendance à rester stables, tandis que les sujets atteints de burn out modéré évolueraient vers un niveau bas ou élevé.

Retenons la version synthétique d'Edelwich et Brodsky qui décrivent le burn out comme un processus de « désillusionnement » composé de quatre phases successives¹⁵³ :

- l'enthousiasme : le jeune individu qui débute dans le monde professionnel est motivé, volontaire.
- la stagnation : une fois confronté aux difficultés professionnelles, le sujet perd peu à peu ses idéaux, et la motivation diminue. Lassitude, colère, impatience sont les premières manifestations à apparaître.
- la frustration : ce comportement a des conséquences sur la pratique professionnelle de l'individu, qui perd sa confiance en lui et ressent de la culpabilité.
- l'apathie ou démoralisation : le sujet est à bout, et n'est plus capable d'assumer ses fonctions. Ses stratégies d'adaptation sont épuisées. Il présente de nombreuses manifestations psychosomatiques : il s'agit d'un burn out sévère.

3 - Un syndrome tridimensionnel

Christina Maslach et Susan Jackson ont donné la définition la plus utilisée, présentée quelques paragraphes plus haut. Elles décrivent le burn out comme un syndrome tridimensionnel et dynamique, où chaque sous dimension est en interaction avec les deux autres¹¹⁵, et apparaissant selon une logique relationnelle :

La première dimension est l'**épuisement émotionnel**, caractérisé par la sensation d'être « vidé de ses ressources physiques et émotionnelles », entraînant une perte de motivation et un comportement inadapté face aux nouvelles émotions (colère, crises de larmes ou rires inadaptés). C'est la conséquence d'une demande psychologique excessive chez des personnes engagées dans la relation d'aide. Il s'agit pour Maslach de la composante-clé du syndrome.

La **dépersonnalisation** est la deuxième dimension, qui est représentée comme un moyen de se protéger contre l'épuisement. La traduction française du terme renvoie faussement au concept psychiatrique de « dépersonnalisation » (trouble dissociatif), c'est pourquoi de nombreux auteurs préfèrent la notion de « cynisme » ou de « déshumanisation de la relation d'aide ». Elle est représentée par la distance que le soignant met progressivement et inconsciemment entre lui et ses patients, qu'il ne voit plus que comme des objets. Il finit par les prendre en charge de manière impersonnelle, instaure avec eux une relation distante et froide et cette attitude peut aboutir à des cas de maltraitance.

Cette dimension est caractéristique des professions d'aide, car cette déshumanisation de la relation est au centre du syndrome.

La troisième et dernière dimension est la réduction de l'**accomplissement personnel**, se traduisant par une dévalorisation de ses compétences et une diminution de l'estime de soi. Le travail peut s'en trouver modifié avec des comportements d'abandon, d'absentéisme, ou au contraire de surinvestissement inefficace. Selon certains auteurs, cette dimension apparaîtrait en conséquence des deux premières, après que l'individu a réalisé son état psychique et ses difficultés face à ses patients. A l'inverse, d'autres auteurs pensent que le noyau du burn out repose sur le duo épuisement émotionnel-dépersonnalisation, et que la réduction de l'accomplissement personnel est un facteur plutôt secondaire.

Ces trois sous dimensions sont liées entre elles et le syndrome tient sa spécificité de cette relation. Pour tenter de mieux la comprendre, nous allons d'abord étudier les différentes théories du stress.

En effet, les diverses définitions du burn out que nous avons présentées se complètent. L'un de leurs points communs est celui de se référer aux théories du stress, avec le dépassement des capacités d'adaptation décrit dans plusieurs d'entre elles.

C - Différents modèles du stress

1 - Généralités sur le stress

L'étymologie du mot stress provient du latin *stringere* qui signifie étreindre, serrer, blesser. Ce terme a donné en vieux français *estrece* : oppression, étroitesse.

Initialement employé dans le milieu de la métallurgie, il désignait le processus de contrainte exercé sur un matériau. Si la force appliquée est excessive ou le matériau affaibli, il ne résiste plus : il se déforme ou se casse.

Ce terme a évolué dans le temps avec le développement de la psychanalyse et de la psychologie, pour être considéré de façon générale comme la pression exercée sur un individu.

La notion de stress actuelle désigne une multitude de processus, de mécanismes physiologiques et psychologiques. Il peut être considéré comme un stimulus entraînant une manifestation en réponse ou à l'inverse, comme étant la conséquence d'un stimulus, c'est-à-dire une variable entre l'individu et la situation (se sentir stressé).

Différentes approches permettent d'expliquer ce phénomène : l'approche biologique le définit comme la réponse organique du corps à un stimulus agresseur. L'approche psychologique est représentée par le déséquilibre entre exigences demandées et capacités de réponses du sujet. Elle étudie plus particulièrement les possibilités de perception de la situation par l'individu, et ses capacités d'adaptation ou coping. Le stress est un stimulus dans l'approche environnementale, qui comprend également l'analyse des facteurs environnementaux pouvant l'occasionner⁸⁶.

Ces trois approches sont reprises à travers les quelques modèles que nous allons développer.

2 - Modèle d'adaptation de Selye (1956)

Hans Selye a beaucoup étudié le stress¹⁴⁹. Selon son approche biomédicale, il s'agit d'un processus indispensable à la vie et nécessaire pour notre stimulation.

Il discerne le bon stress ou eustress lorsque les effets de l'agent stressant sont positifs, et le dystress ou stress négatif si ces effets entraînent des séquelles néfastes sur l'individu.

Ce modèle définit le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme aux exigences de l'environnement. Cette réaction physiologique est stéréotypée, et sera la même quelque soit le stimulus.

Il écrit que « le stress est l'état de l'organisme dont le bien-être est menacé et qui n'a pas de réponse immédiate pour réduire cette menace. Ce qui est important, ce n'est pas ce qui nous arrive, c'est la manière dont on le prend ». Ainsi, c'est la réaction du corps qui est pathogène, et non pas l'évènement agresseur.

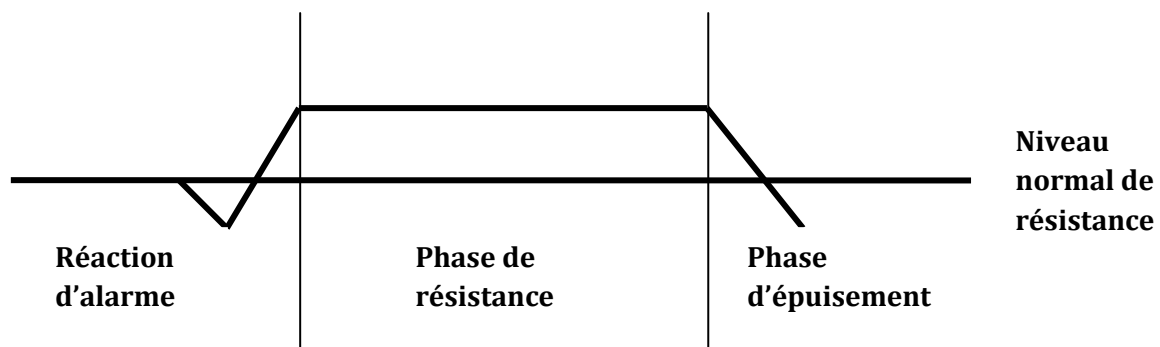
Il décrit le **Syndrome Général d'Adaptation** (SGA), qui répond au principe du retour à l'homéostasie du corps après exposition à un agent stressant.

Ce syndrome comprend trois phases :

- la phase d'alarme survient après contact avec l'agent stresseur et se caractérise par la stimulation hormonale (sécrétion de catécholamines) afin de préparer le corps à la lutte ou la fuite.

- la deuxième phase, dite de résistance, met en jeu les moyens de défense de l'organisme pour qu'il s'adapte à ce stress en mobilisant les réserves énergétiques.

- la phase d'épuisement, troisième et dernière phase, correspond à la perte des capacités d'adaptation du corps, où les ressources physiologiques deviennent insuffisantes. C'est à ce stade que peuvent apparaître les conséquences néfastes d'une exposition à un stress chronique. Le burn out pourrait correspondre à cette phase.



Ce modèle ne prend pas en compte les variations interindividuelles, ni la composante psychologique et définit l'individu comme passif face à l'agent agresseur.

3 - Modèle ressource-exigence de Cherniss (1980)

Le burn out résulterait d'un déséquilibre entre les ressources personnelles ou organisationnelles de l'individu et les exigences au travail. C'est « un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et aux tensions ressenties ».

Les sources de stress proviennent à la fois du travail et de l'individu lui-même, mais également du choc entre la réalité du travail et le mythe professionnel, vision idéalisée du jeune travailleur qui débute.

Les demandes professionnelles (charge de travail, routine...) favoriseraient plus le burn out que les caractéristiques personnelles^{6,64}.

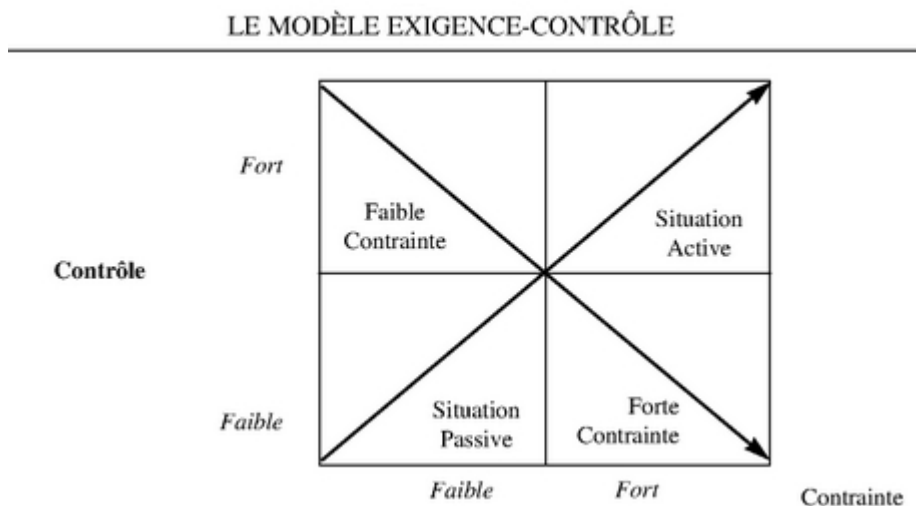
4 - Modèle exigence-contrôle de Karasek (1979)

Ce sociologue américain identifie deux facteurs dans le stress d'origine professionnel : la latitude de décision ou *job control* (degré de contrôle, autonomie) et les exigences environnementales professionnelles ou *job demands* (quantité de travail, ressources intellectuelles, organisation).

Le degré de tension ressentie par le travailleur dépend directement de l'interaction de ces deux éléments : plus la demande professionnelle est élevée et le degré d'autonomie faible, plus le sujet est exposé au burn out^{85, 168}.

Un niveau élevé de contrôle permet de diminuer la tension engendrée par de nombreuses demandes professionnelles, et favorise l'activité et la créativité.

Une faible demande professionnelle associée à une faible autonomie aboutit à une passivité ; et associée à un fort contrôle, elle mène à une faible tension au travail.



Ce modèle a été validé par plusieurs études, qui ont retrouvé un lien entre épuisement professionnel et degré d'autonomie, ou entre épuisement professionnel et exigences professionnelles^{32, 106, 170}.

En 1990, Johnson et Theorell enrichissent le modèle avec un troisième facteur : le soutien social^{81, 82}. L'hypothèse est que la qualité du réseau social au travail (hiérarchie, collègues) pourrait protéger la santé du travailleur, et lutter contre le sentiment de stress. En 1999, les chercheurs Hellemans et Karnas testent ce nouveau modèle à trois déterminants et constatent que plus un individu est stressé, moins il bénéficierait de ressources psychosociales⁷². Ce résultat est néanmoins à nuancer, et le lien entre les deux premiers déterminants et le soutien social reste à approfondir.

5 - Modèle effort-récompense de Siegrist (1990)

Ce modèle complémentaire du précédent, ajoute la notion de profil de personnalité. Il repose sur le déséquilibre entre les efforts fournis au travail, et les récompenses attendues. En effet, il s'agit d'un échange : le travail nécessite des efforts et de l'énergie, et le sujet attend des récompenses en retour (financières, estime et respect, amélioration du statut professionnel, sécurité de l'emploi...).

Les efforts sont de deux types : extrinsèques – qui correspondent pour la plupart aux demandes professionnelles de Karasek (contraintes de temps, responsabilité, charge physique...) et intrinsèques, liés à la personnalité de l'individu (compétitivité, impatience, besoin d'approbation)^{155, 156}.

Si cet échange n'est pas équitable, il existe des conséquences sur la santé (stress, burn out, pathologies cardio-vasculaires...).

6 - Modèle théorique du stress, coping et adaptation de Lazarus et Folkman (1988)

Cette conception définit le stress comme le résultat d'une interaction entre plusieurs facteurs : l'individu, la situation stressante environnementale, les stratégies pour y faire face (coping), et la perception qu'il a de cette relation. Cette vision permet d'intégrer une dimension émotionnelle dans la notion de stress.

Ils définissent le stress comme « une relation particulière entre personne et environnement, que la personne considère difficile à supporter ou dépassant ses ressources propres au point de mettre son bien-être en péril ». Ainsi, ce n'est ni dans la situation ni dans l'individu que le stress réside, mais dans la relation particulière entre lui et son environnement. Cette **transaction individu-environnement** évolue au cours de la vie, et selon les événements ; de même que les processus d'adaptation. Cette évolution normale explique qu'une même personne peut réagir de manière différente à un même stimulus stressant à divers moments de sa vie.

Face à un stress, l'individu va évaluer à la fois l'élément stresseur, et ses capacités pour y répondre : il s'agit des ressources adaptatives. Il détermine ainsi la possibilité qu'il a de modifier la situation. Cette évaluation va déterminer le déclenchement ou non de la réaction de stress.

Lazarus et Folkman décrivent deux types de stratégies d'adaptation :

- coping actif : stratégie centrée sur le problème, avec tentative de trouver une solution

- coping passif : stratégie centrée sur les émotions afin de les canaliser, évitant le problème initial

En suivant leur modèle, le burn out correspond à un dépassement de ces capacités de défense, transformant le stimulus en stress négatif^{47, 92}.

7 - Modèle de conservation des ressources de Hobfoll (1989)

Cette théorie propose un modèle motivationnel, dans lequel l'individu cherche à garder, protéger et acquérir des ressources ; et parallèlement à réaliser des gains pour éviter le risque de pertes⁷³.

Ce modèle est une alternative aux autres théories biologiques, cognitives ou transactionnelles. L'auteur considère que chaque individu tend à concevoir un monde qui lui procure bien-être et réussite. Les systèmes du stress précédemment cités négligent cet aspect fondamental de l'être humain, qui le conduit à obtenir et conserver des ressources pour des questions de sécurité ou de survie.

Les ressources sont des éléments matériels, financiers, ou encore des caractéristiques personnelles. Elles peuvent être de nature diverse : ressources personnelles (estime de soi, optimisme), objets (voiture, maison), conditions de vie (sécurité financière), et ressources énergétiques (argent, soutien social...). Elles sont liées entre elles, et lorsqu'une d'entre elles disparaît, une autre peut s'y substituer (par exemple, une assurance peut prévenir une perte d'argent après un accident).

Les deux principes de ce modèle sont qu'une perte de ressource a plus d'impact sur l'individu qu'un gain, et ce de manière disproportionnée. Il s'en trouve fragilisé ce qui peut l'amener à d'autres pertes. Un individu qui dispose de nombreuses ressources est moins vulnérable qu'un autre qui en a peu, ce qui amène au second principe, celui de chercher à acquérir de nouvelles ressources.

Selon Hobfoll, la réaction de stress survient lorsque l'individu doit faire face à des situations où il est confronté à une perte de ressources ou une menace de perte, ou encore à un investissement sans retour.

Ce modèle est considéré par certains auteurs comme étant une extension du modèle exigence-contrôle de Karasek.

8 - La psychopathologie du travail de Dejours

Cette théorie cherche à démontrer que les progrès techniques et logistiques ne limitent pas les effets négatifs du travail sur la santé mais qu'ils ont tendance à les aggraver. Elle cherche à analyser ce qui « dans l'affrontement de l'homme à sa tâche, met en péril sa santé mentale ».

Cette science tente d'analyser la souffrance psychique résultant de la confrontation des individus au monde professionnel en observant l'organisation du travail. Elle étudie les processus en cause dans le déclenchement des troubles psychiatriques liés aux contraintes professionnelles. Plus l'organisation du travail est rigide, plus la liberté et les désirs du sujet seront difficiles à mettre en place³⁰.

C. Dejours développe le concept d'idéologie défensive qui est un processus destiné à « tenir l'anxiété à distance », mais qui peut conduire à des conduites négatives si elle ne fonctionne pas (addictions, décompensations psychiques...)

Grâce à l'influence psychanalytique, il développe le concept de **psychodynamique du travail**, fondée sur l'aspect vivant et en perpétuel mouvement de la relation entre l'homme et l'organisation du travail.

9 - Mise en relation avec les dimensions du burn out

Ces différents modèles explicatifs du stress ont été développés afin d'essayer d'identifier les origines du burn out.

Ce phénomène développemental apparaît en réponse à un stress chronique, avec un dépassement des capacités d'adaptation mises en jeu et une consommation des ressources d'ordre personnel.

Se basant sur le modèle de Cherniss, Demerouti considère que l'épuisement professionnel se développerait indépendamment du type de profession exercée lorsque les exigences professionnelles sont importantes et les ressources personnelles limitées. Selon lui, des conditions de travail difficiles conduisent à une consommation d'énergie et une baisse de motivation⁶.

Bakker pense que le burn out se développe suite à deux étapes : le processus de stress, déterminé par les demandes professionnelles et qui se traduit par l'épuisement émotionnel ; et le processus motivationnel avec le sentiment de dévouement qui met en jeu la disponibilité puis la diminution des ressources personnelles⁷.

En se basant sur la théorie ressources-exigences, Leiter et Maslach ont proposé un modèle d'épuisement professionnel selon lequel les trois dimensions du burn out sont liées de façon différente aux exigences et aux ressources⁹⁷ : l'épuisement émotionnel apparaît suite aux exigences professionnelles ; la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel dépendraient de l'utilisation des ressources personnelles.

Pour illustrer, l'épuisement émotionnel apparaît en premier chez un individu soumis à des pressions professionnelles sur une longue période. Il tente alors de s'adapter en déshumanisant progressivement sa relation à l'autre (dépersonnalisation), avec un sentiment croissant de manque de compétences (réduction de l'accomplissement personnel). Il s'agit d'un comportement défensif : l'individu se détache de son travail en réponse à un stress trop important.

Golembiewski et son équipe proposent une seconde théorie où la dépersonnalisation serait la première réaction face aux événements stressants⁶².

L'individu fait preuve de détachement dans sa profession afin de se protéger mais finit par être touché par la dépersonnalisation, en diminuant ses capacités à maintenir de bonnes relations avec les autres. En découlent la réduction de l'accomplissement personnel, puis l'épuisement émotionnel.

La méta-analyse de Lee et Ashforth de 1996 rejoint le modèle de Leiter⁹³: ils démontrent une association entre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais l'accomplissement personnel découlerait selon eux uniquement de l'épuisement émotionnel et de façon indépendante de la dépersonnalisation.

Aucun de ces modèles n'a été confirmé ou infirmé par des études¹⁵⁹.

Néanmoins ces modèles évolutifs ont l'avantage d'envisager la reconnaissance précoce des symptômes d'épuisement afin de développer des moyens de prévention.

La relation entre les trois dimensions du burn out est un réel sujet de discussion que nous tenterons de développer dans la dernière partie.

D - Origines du burn out

1 - Analyse du concept de travail

La racine grecque est difficile à identifier, car aucun mot ne se rapproche du concept moderne de travail. Les termes pouvant s'y rapporter (comme *ponos* signifiant « effort pénible », *ergon* pour œuvre, *poiein* pour la fabrication) caractérisent un savoir-faire concernant chaque corps de métier. En effet à cette époque, seul le travail agricole est reconnu.

L'analyse anthropologique de Karl Marx le définit comme une « nécessité physique de la vie humaine », reprenant l'idée que le travail a toujours été présent dans chaque époque et chaque société. Dans sa conception philosophique, il pense que « le travail est le prolongement de l'homme », qu'il permet une solidarité et une reconnaissance entre individus.

Avec le capitalisme, le travail change de statut : il devient abstrait, asservissant et vide de toute valeur humaine. Son rôle se résume à la production de marchandises en vue de commerce et d'économie. « Un homme qui ne dispose d'aucun loisir, dont la vie tout entière, en dehors des simples interruptions purement physiques pour le sommeil, les repas, etc., est accaparée par son travail pour le capitaliste, est moins qu'une bête de somme. »

Max Weber, considéré comme l'un des fondateurs de la sociologie moderne, a une théorie plus approfondie sur le travail qui serait la base du désenchantement de la société. En effet, le travail a progressivement pris une place prépondérante dans l'existence des individus puisqu'il représente une voie d'épanouissement et de réussite sociale. Weber fait la relation avec le protestantisme puritain pour lequel « le travail est la plus haute tâche que l'homme puisse accomplir pour la gloire de Dieu ».

Ainsi, le travail peut être considéré comme une liberté créatrice ou « l'essence de l'homme ». Il s'agit d'un outil d'exaltation pour Freud : le travail apporte une identité à l'individu⁴³.

L'évolution du concept de travail a évolué en 4 phases selon Bibeau en 1985⁴, qui correspondent à 4 modèles culturels dominants : l'expansion économique des années cinquante avec une idéologie religieuse prédominante, le développement de la consommation et la croissance économique des années soixante, le début du mouvement d'insatisfaction du travail né au début des années soixante-dix, puis le « désinvestissement » où le travail est réduit à une quantité d'activité.

Depuis les années 80, le monde du travail a vécu une importante mutation due aux changements organisationnels, l'évolution des secteurs d'activité et son intensification.

Le travail a également une connotation politique en se définissant comme étant la contribution de chaque individu à la société, afin de déterminer son mérite et sa juste rémunération. La phrase symbolique de la dernière campagne présidentielle « travailler plus pour gagner plus » montre à quel point le travail est au centre du monde socio-politique actuel.

Néanmoins, l'engagement de l'individu pour son travail a évolué ces dernières années :

- les relations employeur-employé ont changé, avec un moindre degré d'investissement personnel dans son travail
- le travail à temps partiel s'est développé (la société Manpower aux Etats-Unis est le premier employeur du pays)
- le temps libre a été promu afin d'accéder à une meilleure qualité de vie

L'homme a été obligé de réaliser un effort continu d'adaptation du fait de l'évolution sociale dans la société actuelle. De nos jours, le stress professionnel est défini comme étant l'ensemble des conséquences physiologiques et psychologiques négatives consécutives à la perception par l'individu d'une situation où les contraintes professionnelles auxquelles il doit répondre dépassent les ressources dont il dispose et mettent en danger son bien-être. Il a pour conséquence une inefficacité personnelle et organisationnelle.

Le travail est une loi universelle de l'humanité, cause d'ambivalence pour l'homme : travailler est une nécessité pour gagner sa vie, s'enrichir et s'épanouir sur le plan social, moral et matériel, mais le travail est une cause de souffrance psychique ou physique (« se tuer au travail »).

Travailler pour vivre, ou vivre pour travailler ?

2 - Psychopathologie du burn out

Maslach a élaboré une vision **comportementaliste** du burn out, en mettant en avant la relation entre l'individu et son milieu professionnel : « [le burn out] résulte des effets cumulatifs du stress dans l'environnement de travail ».

Freudenberger apporte une pensée **psychanalytique** en mettant en lumière le rôle de la société dans le développement du burn out : « le tableau est davantage le résultat d'un malaise récent que d'un traumatisme provoqué dans l'enfance. Pendant des années ces personnes ont une vie positive ».

En psychanalyse, le burn out est représenté comme une blessure narcissique profonde. Ainsi le choix de l'individu d'entamer une carrière dans une profession d'aide pourrait dépendre d'un mécanisme de défense, l'altruisme. Ce dernier est défini comme le dévouement à autrui qui permet à l'individu d'échapper à un conflit.

L'altruisme serait un mécanisme réactionnel permettant de camoufler une agressivité ou une hostilité refoulée. A contrario, il peut représenter un sentiment de toute puissance ou une jouissance par procuration : l'individu aide les autres à obtenir le plaisir qu'il se refuse et en tire une récompense par un mécanisme d'identification¹⁸.

L'engagement dont va faire preuve l'individu pour atteindre son idéal, qui est mis à mal par la réalité professionnelle, va irrémédiablement l'amener à puiser dans ses ressources personnelles, et à terme s'épuiser.

L'approche du burn out, qu'elle soit psychanalytique ou cognitivo-comportementale, dévoile l'élaboration de la personnalité comme étant primordiale dans la façon dont le sujet va tenter de s'adapter dans les différentes étapes de sa vie.

Hormis la personnalité, d'autres facteurs ont été identifiés comme favorisant le burn out ou au contraire l'en protégeant.

E - Facteurs favorisants ou protecteurs du burn out

Le burn out est un processus complexe qui naît dans l'environnement professionnel et qui est le résultat d'une interaction entre des processus personnels, organisationnels et interindividuels¹⁶⁸.

1 - Facteurs liés à l'individu

a - La personnalité

La recherche d'une personnalité prédisposante a interpellé plusieurs auteurs intéressés par le phénomène du burn out.

Dans une étude de 1985, Crombez retrouve une proportion plus importante de médecins touchés par le burn out présentant une personnalité de type A, selon la classification de Friedman et Rosenman. Elle serait liée surtout à l'épuisement émotionnel^{69, 162}.

Un individu arborant une personnalité de type A présente plusieurs caractéristiques : goût du travail, sentiment de pression, d'urgence du temps et attitude compétitive.

Nous pouvons nous demander quelle est le lien de causalité entre la personnalité de type A et la survenue du burn out. Est-ce le travail qui fait évoluer l'individu vers une personnalité de type A, ou est-ce le type de personnalité qui conduit à choisir une profession à vocation d'aide ?

Certains traits de personnalité ont été identifiés comme étant susceptibles d'évoluer vers un état de burn out : une faible estime de soi, un manque de confiance en soi, une humeur dysphorique et obsessionnelle, l'anxiété, la passivité ou le retrait.

L'estime de soi est corrélée négativement avec le burn out. Il s'agit d'un état d'esprit provenant du narcissisme infantile et qui se construit par l'acquisition du sens de la

réalité. « Une estime de soi négative résulte du burn out et contribue à le développer » selon Husted en 1989.

Certains auteurs ne retrouvent pas de personnalité prédisposante. Lebigot et Lafont notent un éventail hétéroclite de personnalités dans la littérature : névrotique, sensitive, obsessionnelle, état limite... Néanmoins, ils retrouvent un point commun à ces individus, celui d'un état psychologique particulier. En effet, le sujet est représenté comme quelqu'un qui se résigne et poursuit ses activités au lieu d'accepter une aide dont il a besoin, ceci dans une tonalité persécutive.

Une étude menée chez des internes de médecine générale retrouve une relation entre l'épuisement émotionnel élevé et des traits de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante ou anti-sociale^{74, 133}.

La théorie des locus, développée en 1966 par Rotter, repose sur le fait que l'individu croit que son propre comportement détermine les conséquences des événements, appelées renforcements¹⁴². Il existe deux types de lieux de contrôle : interne quand le sujet est persuadé qu'il peut influencer sur les événements qui suivent (impression de pouvoir contrôler son destin), externe lorsque le renforcement est attribué au hasard ou à la chance, n'étant pas considéré comme le résultat de ses propres actions.

Le contrôle externe occasionnerait ainsi un type de comportement anxieux, impuissant et dépressif, moins protecteur contre le stress alors que le contrôle interne serait moins lié au burn out car plus résistant aux influences extérieures¹⁸.

Le lieu de contrôle est l'une des trois composantes du concept de « robustesse de la personnalité » (hardiness ou « hardiesse ») décrite par Kobasa en 1979, avec l'engagement (implication de l'individu dans sa tâche) et le défi (enthousiasme pour le changement)^{89, 90}. Une personne « hardie » ou robuste est définie comme motivée, prête à relever de nouveaux défis et engagée. Ces caractéristiques permettent de s'adapter aux événements extérieurs. Le burn out serait lié à un manque de robustesse, surtout s'il existe un faible sens de l'engagement^{87, 131, 132, 162}.

La théorie des « Big Five » classifie les personnalités selon cinq dimensions^{36, 162} : le névrosisme (être inquiet, émotif, nerveux), l'ouverture (être original, curieux, créatif), le caractère agréable (être sincère, franc, chaleureux), le facteur consciencieux (être organisé, ambitieux) et l'extraversion (être optimiste, sociable). Le névrosisme est lié à l'apparition du burn out^{74, 168}.

b - Un profil type ?

Ces différentes études nous ont amené à réfléchir sur la notion de profil de caractère qui prédisposerait un sujet au burn out.

Freudenberger définit un individu type en 1974 : « d'éducation souvent rigide, compétent, inspirant confiance, il est dynamique, refuse tout compromis et s'engage tout entier à la tâche dans le but de concrétiser son idéal ; (...) il ne peut admettre l'existence de limites dans les idéaux qu'il cherche à atteindre. Il s'agit d'un individu idéaliste qui s'épuise au fur et à mesure que ses illusions sont confrontées à une réalité qui résiste »⁴⁹.

L'idéal recherché peut prendre la forme d'une cause humaine, un talent, le pouvoir... Il dresse le portrait d'une personne engagée, idéaliste et suivant un projet grandiose.

Maslach définit des individus faibles, anxieux, impatientes, pessimistes, craignant de s'impliquer dans la relation à l'autre, avec un sens de l'autocritique trop poussé, une impossibilité de déléguer les tâches et ayant un grand besoin de se sentir aimés. Le besoin essentiel d'accomplissement les pousse à rechercher constamment l'approbation d'autrui¹²⁹.

Pour Canouï le burn out toucherait des individus hyperactifs, rigoureux et si exigeants dans leur travail qu'ils consommeraient leurs ressources jusqu'à craquer, comme l'indique la métaphore initiale du burn out¹⁸.

Martin Winckler, auteur de *La Maladie de Sachs*, décrit le médecin atteint de burn out comme étant initialement un individu dévoué, consciencieux, scrupuleux, disponible et apprécié¹⁸³.

Patricia Martel, médecin généraliste et auteur de *Burn Out*, retrouve quant à elle certains traits de personnalité présents chez son personnage principal atteint d'épuisement : « une grande volonté de réussite et des objectifs élevés », « un engagement professionnel important, une volonté d'aller jusqu'au bout des choses » et « une tendance à ne pas « s'écouter » ». Le choix de devenir médecin relève d'une réparation narcissique, où l'individu cherche inconsciemment à se sentir reconnu à travers sa profession d'aide à autrui¹¹².

Le candidat au burn out est idéaliste, très professionnel, motivé, volontaire et très investi dans son travail.

c - Caractéristiques socio-démographiques

Plusieurs auteurs ont recherché un lien entre le burn out et le sexe ou le statut marital mais les résultats sont contradictoires. Plusieurs études concordantes ont néanmoins montré que les hommes étaient plus souvent atteints de dépersonnalisation et les femmes d'épuisement émotionnel. Mais il s'agit uniquement d'une tendance et pas d'un lien de causalité direct¹⁶⁰.

L'âge a également été étudié : les plus jeunes seraient plus susceptibles de développer un burn out car moins préparés à la réalité professionnelle et considérés comme n'ayant pas assez de facultés d'adaptation^{18, 49}. Mais il faut rester prudent quant à cette donnée, car les individus atteints de burn out ne restent pas longtemps à leur poste : ils démissionnent, sont en arrêt de travail ou mutés.

Le niveau élevé d'éducation serait un facteur de risque de burn out¹²⁷.

d - L'orientation de carrière

Cherniss décrit quatre approches du monde du travail :

- Artisan : le travail est un savoir-faire, et l'individu cherche à améliorer ses compétences ou connaissances
- Carriériste : il tend au succès, à la reconnaissance financière et au respect
- Activiste social : il est idéaliste, militant et son travail est un réel engagement
- Egoïste ou auto-centré : peu investi, il considère son travail comme un moyen d'enrichir sa vie personnelle.

L'étude de Didier Truchot en 2003 met en évidence un lien entre la survenue du burn out et les orientations carriériste et égoïste, tandis que les artisans et activistes en seraient protégés¹⁶⁸.

En allant plus loin ce sociologue français démontre une évolution de l'orientation de carrière au cours de la vie : la proportion d'artisans et de carriéristes reste stable, tandis que baisse celle des activistes et qu'augmente celle des égoïstes. L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont plus importants chez les individus qui ont changé d'orientation de carrière, reflétant ainsi un mal-être profond concomitant d'une aspiration au changement dans le monde professionnel, chez des individus qui décident de privilégier leur vie personnelle¹⁶⁶.

L'approche du travail a été étudiée chez les étudiants en médecine. La façon qu'a l'étudiant d'apprendre conditionne sa méthode de travail et son ressenti des situations stressantes durant sa vie de médecin : pour illustrer, un étudiant désorganisé aura plus facilement une façon désorganisée et superficielle de travailler lorsqu'il sera médecin ce qui peut causer une surcharge de travail, un stress supplémentaire et à terme un état de burn out^{120, 163}.

e - Les stratégies d'adaptation

En se basant sur le modèle d'adaptation de Lazarus et Folkman, nous pouvons définir le coping comme étant un processus cognitivo-comportemental permettant au sujet d'anticiper une nouvelle situation qui menace ses propres ressources.

Les stratégies d'adaptation actives (ou coping actif) seraient protectrices du burn out, car permettant au sujet de se confronter aux difficultés et d'en ressortir une forme d'épanouissement personnel ou de fierté^{18, 92, 145, 168}.

2 - Facteurs liés au travail

a - La charge de travail

De nombreuses études retrouvent un lien significatif entre la surcharge de travail et le burn out^{46, 96, 119, 140}. Truchot retrouve une association entre le nombre de consultations journalières et l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation¹⁶⁹. 89,1% des médecins libéraux parisiens identifient la charge de travail comme étant facteur de burn out⁵⁰. Les études françaises réalisées sur des internes retrouvent aussi ce lien entre burn out et volume horaire important.

La charge de travail peut être quantitative (horaires chargés, nombreux patients ou effectif réduit) ou qualitative (sensation de ne pas faire correctement son travail).

Les médecins français travaillent en moyenne 57,5 heures par semaine sans compter les gardes représentant un temps de travail supplémentaire, difficile et augmentant l'état de fatigue.

A l'inverse, la sous-charge de travail a également été identifiée comme pouvant occasionner un épuisement professionnel⁴⁹.

b - L'organisation du travail

La charge de travail est un pourvoyeur important d'épuisement professionnel, mais ne suffit pas à elle-seule à l'expliquer. De nombreux facteurs relatifs à l'organisation et aux conditions de travail – notamment chez les soignants – ont été relevés comme étant liés à la survenue du burn out.

Le sentiment de contrôler son activité est l'un de ces facteurs, et probablement l'un des plus importants. Le fait de gérer son activité, sa charge de travail (aussi importante soit-elle), et les situations diminue le risque de burn out¹³.

Les conditions de travail dans le milieu de la santé sont difficiles quant aux horaires, au manque d'effectif ou de matériel, au degré d'urgence des situations... Ceci entraîne de nombreuses difficultés pour les soignants, pouvant les mener jusqu'à l'épuisement.

➤ L'interruption des tâches

L'interruption de l'activité professionnelle par un événement extérieur (avis, urgence, téléphone) favorise le stress et l'épuisement. Ce phénomène est fréquent et évalué entre 10 et 25% en milieu hospitalier^{18, 102, 167, 181}.

L'individu doit faire preuve d'une concentration optimale pour reprendre son activité, sans oubli ni erreur, ceci entraînant une perte de temps et pouvant modifier la qualité de la relation médecin-patient. Cette atteinte à la liberté professionnelle crée une frustration et une tension chez le soignant, qui a l'impression de ne pas prendre en charge correctement ses patients et qui ressent un manque d'autonomie personnelle. Une étude a retrouvé un lien entre la dépersonnalisation et l'interruption de l'activité⁴².

➤ **L'ambiguïté des rôles**

Il s'agit d'une conséquence directe du manque d'effectif dans les structures hospitalières. Il s'agit pour un individu donné d'endosser un autre rôle que le sien, ceci au détriment de son propre travail. Cela engendre chez lui un état de stress car il n'a pas le choix et doit réaliser la tâche pour laquelle, bien souvent, il n'a pas été formé. Ce changement de rôle conduit à une cascade de conséquences pour l'organisation du service et parfois même pour les patients.

Plus un individu considère son rôle comme ambigu, plus il est susceptible de développer les manifestations du burn out¹⁸.

➤ **Lourdeur administrative et conflit de rôles**

Le conflit de rôles apparaît lorsque le travail est en contradiction avec les valeurs de l'individu, ou oblige l'individu à réaliser des tâches incompatibles entre elles.

Truchot montre que ce conflit engendre du stress, de l'agressivité, une insatisfaction au travail, des difficultés à prendre des décisions, une augmentation de la pression artérielle et du rythme cardiaque¹⁶⁸.

L'augmentation des recommandations de bonne pratique, ou des tâches non médicales (administration, gestion...) est représentée comme un fardeau pour le médecin et parfois difficilement compatible avec son rôle de soignant^{121, 186}. L'étude du Dr Eric Gallam montre que parmi les causes d'épuisement professionnel, l'excès de « paperasserie » est montré du doigt par 96% des médecins et l'augmentation des contraintes collectives par 88% d'entre eux⁵⁰.

Les internes de médecine générale sont conscients de cette rigidification du travail avec une charge administrative s'intensifiant, et sont de moins en moins nombreux à s'installer dès la fin de l'internat : en effet l'âge moyen d'installation est aujourd'hui de 35 ans, la majorité des jeunes médecins généralistes préférant temporairement l'exercice plus malléable – mais plus précaire - de remplaçant¹⁰⁸.

➤ **Rentabilité de la santé**

A l'hôpital, le nouveau système de Tarification à l'Activité (T2A) met en difficulté les soignants : ils doivent dorénavant prendre en compte l'aspect économique du soin, terme qui paraît aux antipodes de la notion de soignant.

Humanité ou rentabilité ?

Les médecins qui par définition passent du temps avec leurs patients pour les aider doivent brutalement reconsidérer leur profession pour finalement voir le plus de patients en un temps donné. Ce conflit de rôle est pourvoyeur d'épuisement émotionnel car amenant le soignant à perdre la valeur de son métier.

➤ **Lieu et matériel**

Le lieu de travail et les conditions matérielles peuvent favoriser le burn out. En effet, la qualité des locaux (espace, bruit, éclairage, température...) peut être mise en cause : une étude a ainsi retrouvé un lien entre épuisement et nuisances sonores chez des internes⁴².

L'avancée technologique impressionnante des dernières décennies a permis un progrès considérable dans le monde médical, mais nécessite pour le soignant d'acquérir rapidement de nouvelles connaissances pour se former et savoir utiliser ces outils. Cette acquisition doit se faire parallèlement à son rôle habituel et peut entraîner un sentiment de manque de temps ou engendrer des erreurs, pouvant gêner la bonne prise en charge de ses patients^{18, 137}.

c - Le conflit vie privée-vie professionnelle

De nos jours l'individu privilégie de plus en plus sa vie privée tout en essayant de poursuivre une carrière professionnelle épanouissante¹⁶⁸. La frontière entre la sphère personnelle et professionnelle est ainsi infime, voire inexistante du fait de l'intrusion

répétée du travail de l'individu dans sa vie privée : appels téléphoniques hors service, changement de planning inopiné...

Ce conflit est un facteur connu pour favoriser le burn out^{65, 103, 143, 154}.

3 - Facteurs liés aux relations interindividuelles

a - Relations avec les patients

La relation médecin-malade représente un aspect fondamental de la prise en charge des patients et possède à elle-seule un effet thérapeutique non négligeable (30%).

Le modèle de la relation paternaliste idéalisée a lentement évolué depuis plusieurs décennies pour aboutir à une relation contractuelle¹⁶⁴, où le soignant et le patient travaillent ensemble contre la maladie. Cette relation dépend de l'équilibre entre les efforts fournis par le médecin (temps, énergie) et les bénéfices reçus qu'ils soient d'ordre financier, professionnel ou moral⁵⁰.

Néanmoins selon une étude réalisée chez les médecins généralistes bourguignons, la majorité d'entre eux se sent « sous-bénéficiaire », alors qu'à peine un quart se sent dans une relation équitable avec leurs patients^{165, 168}.

Les facteurs expliquant cette évolution de la relation sont nombreux.

➤ Développement des réseaux internet

Le nombre de sites internet sur la santé a explosé ces dernières années et sont librement consultables par les patients. Ceux-ci acquièrent donc un vocabulaire et une connaissance médicale, aussi minime soit-elle, que le médecin était auparavant le seul à détenir et maîtriser. S'ensuit une évolution des consultations, avec un temps plus long accordé afin d'expliquer précisément au patient son diagnostic et de répondre à ses nombreuses questions²².

A l'inverse, le médecin peut se sentir dépassé par les connaissances du patient et finalement douter de ses propres compétences.

➤ **Rôle et responsabilité du médecin**

Le statut social des médecins considéré comme « confortable » a lui aussi évolué, allant parfois jusqu'à des remises en cause ou une méfiance de la part des patients⁷⁰. Ce déclin de statut peut amener à l'épuisement professionnel car les tensions inhérentes à sa profession étaient contrebalancées par un sentiment d'utilité, qu'il perd progressivement^{18, 22}. « Les valorisations ont changé ; et en disparaissant, la vocation a laissé les soignants nus sans protection et sans les bénéfices secondaires qu'elle apportait ne serait-ce qu'en terme d'admiration et de reconnaissance. »¹⁸

Le médecin n'est plus le seul détenteur de la connaissance médicale, il a l'obligation d'informer le malade depuis la loi du 4 mars 2002. L'évolution de la responsabilité du médecin - qui a une obligation de moyens et non de résultats - tend vers le système nord-américain avec la multiplication des plaintes et des procès : un médecin aura à affronter en moyenne 5 procès durant sa carrière. Cette « judiciarisation » de la médecine est une nouvelle facette à laquelle les soignants doivent faire face, et est source d'épuisement^{50, 102}.

➤ **Changement des comportements et augmentation des violences**

Dans cette optique de médecine de consommation, le patient devenu « client » ne supporte pas de retard ou de difficulté dans l'organisation de sa prise en charge ce qui peut aboutir à un développement de comportements agressifs voire violents envers les soignants. L'Ordre des Médecins a ainsi créé en 2002 un observatoire des agressions qui représentent une forte source de stress pour les soignants.

En guise d'illustration, Gautier écrit : « après le temps des malades, puis des patients, est venu celui des usagers de droit, parfois loin des usagers de respect »⁵⁵.

➤ **Bonne distance de la relation d'aide**

Canouï pense que « cela ne va pas de soi de trouver la bonne distance »¹⁸. Le danger est de tomber dans l'identification projective où le médecin s'identifie à la situation vécue par le patient et n'a plus suffisamment de recul pour mener son expertise professionnelle. L'autre extrême est un détachement trop important, à la limite de la déshumanisation. Une étude montre que les internes se sentent mal préparés dans l'apprentissage de cette relation et que ce sentiment peut les fragiliser et les épuiser¹⁰¹.

Le même auteur écrit que le jeune médecin a une vision idéalisée de la relation qu'il va entretenir avec ses patients, et de l'influence qu'il pourra avoir sur eux. Seulement cette vision va lui amener des déceptions, voire des conflits avec certains patients, considérés comme difficiles : en effet certaines études ont montré que l'aide apportée aux patients dépendrait davantage de la sympathie qu'ils provoquent, c'est-à-dire leur capacité d'adaptation à une relation d'aide idéale, que de leur véritable maladie¹⁶⁴. Ainsi les patients ayant de bonnes capacités relationnelles et sociales sont évalués « positivement » par le médecin et cela conduit à une relation médecin-malade agréable grâce à une bonne implication du soignant. A contrario les patients jugés compliqués ou les plus démunis inciteraient paradoxalement un sentiment de désengagement de la part du médecin, alors que ce sont eux qui ont le plus besoin d'une relation d'aide¹⁶⁸.

➤ **Refus de l'idée de maladie ou de mort**

Les progrès de la médecine ont conduit le médecin à considérer que l'impossibilité de guérir un individu n'est plus dans la normalité mais est un échec. Il vient à en oublier que la mort fait partie de la vie^{18,31}.

Les soignants travaillant dans des services d'oncologie ou confrontés à des décès répétés sont plus souvent atteints de burn out¹⁵.

➤ Evolution de la société et individualisme

Le rôle de la médecine s'est considérablement élargi et compliqué au fil des années avec une prise en charge devenant médico-psycho-sociale, symptomatique d'un défaut de solidarité de la société qui délaisse les personnes défavorisées et les renvoie vers le monde hospitalier (personnes âgées délaissées, toxicomanes, alcooliques, SDF...)

L'hôpital est décrit comme un « ghetto pour la souffrance »¹⁸.

Cette évolution de profil de patients lourds et complexes à gérer amène une surcharge de travail non négligeable pour les soignants qui ne disposent pas toujours des moyens suffisants pour les prendre en charge. Ils se sentent isolés et impuissants, et ceci peut favoriser l'épuisement professionnel.

b - Relations avec les collègues et soutien social

Le soutien social est décrit comme provenant de quatre sources : les supérieurs hiérarchiques, les collègues, le conjoint et les proches. Le soutien par les supérieurs hiérarchiques serait protecteur du burn out^{98,141}.

Ce résultat a été retrouvé dans une étude réalisée chez des internes : le plus fort taux d'épuisement professionnel a été remarqué chez des internes qui ne se sentaient pas soutenus par leurs collègues¹³⁰. Le compagnonnage, ou encadrement des internes par des seniors, a nettement diminué ces dernières années et est également reconnu comme un facteur de risque de burn out.

« En effet, compte tenu de l'évolution de la démographie médicale, il a été observé une forte réduction du nombre de Chefs de Clinique disponibles pour la formation des étudiants, et donc une carence de l'encadrement »².

Le soutien apporté par l'entourage de l'individu lui procure des ressources, et ceux qui en ont le moins sont plus susceptibles de développer un burn out^{18, 75}. Ceci corrobore le modèle des ressources de Hobfoll que nous avons décrit plus haut. Mais il ne faut pas que le soutien soit une source de contraintes supplémentaires, qui rendrait l'individu dépendant et moins efficient²⁹.

Les relations avec les collègues sont plus que jamais d'actualité chez les médecins qui ne veulent plus travailler comme leurs ancêtres isolés, mais préfèrent un exercice en association¹⁵⁰. Cette nouvelle forme d'exercice est une source d'enrichissement mais peut devenir conflictuelle et être vectrice de stress si la collaboration ne se déroule pas équitablement^{16, 136}.

Une étude réalisée chez des infirmières travaillant en soins intensifs a retrouvé la notion de contagiosité dans le burn out : il peut se transmettre d'une personne à l'autre dans des groupes professionnels travaillant dans des conditions défavorables^{18, 180}.

4 - Facteurs liés au statut particulier de l'interne

Certaines études réalisées chez les internes de médecine ont souligné quelques facteurs pouvant favoriser le burn out, étant spécifiques à leur statut vague et complexe^{15, 39, 42, 112, 136, 139}.

a - Jeunesse : faible expérience et processus identitaire

Freudenberger pense que l'expérience professionnelle est un facteur protecteur du burn out⁴⁹. Comme nous l'avons vu, cela rejoint l'idée que l'âge jeune est considéré comme à risque car facteur de vulnérabilité.

Néanmoins aucune étude ne retrouve de résultat probant concernant une prédominance du burn out chez les plus jeunes internes^{3, 9, 21, 42, 66}.

P. Jeammet parle de situation de quête pour les internes qui prolongent leurs études et leur situation d' « adolescent » parce qu'ils ne peuvent pas endosser de responsabilités avant de nombreuses années. Ce passage est pour lui à fort risque de vulnérabilité, car l'étudiant est en plein processus identitaire : il s'identifie au patient dans un premier temps en se mettant dans une position d'infériorité et dépendant des décisions des médecins. Dans un second temps, l'identification se fait sur un de ses supérieurs⁸⁰.

« Si l'identification au malade prédomine au cours du premier cycle, celle au médecin va aller croissant au cours du deuxième cycle. C'est un des objectifs des études médicales que de permettre cette progressive acquisition de son identité de médecin ». Il est ainsi fondamental que l'étudiant rencontre un médecin modèle, abordable qui lui permettrait de développer une bonne image de soi à travers une relation humaine enrichissante reposant sur l'échange.

b - Manque de reconnaissance

Ce sentiment habite la majorité des internes de part leur statut peu confortable. Les études retrouvent qu'un tiers des internes exprimant un manque de considération dans leur profession sont épuisés^{19, 42, 139}.

L'interne est en effet un « praticien en formation »²⁴, oscillant entre l'étudiant et le médecin chargé de lourdes responsabilités. Cette situation ambiguë est caractéristique du statut d'interne qui a parfois du mal à trouver sa place et son rôle au sein de l'équipe ou du service. Il est sous la responsabilité d'un senior mais est souvent en première ligne dans la prise en charge des patients, ce qui rejoint l'idée d'ambiguïté des rôles.

Il reste un étudiant en situation d'apprentissage et le sentiment d'approbation et de respect de la part de ses supérieurs est capital, afin qu'il consolide son processus d'identité professionnelle.

Une étude a retrouvé que 90% des internes souffrant d'isolement ou de carence d'encadrement étaient épuisés¹⁵.

c - Autonomie décisionnelle

L'autonomie décisionnelle est « la possibilité de choisir comment faire son travail et la possibilité de participer aux décisions s'y rattachant », et n'est pas une réalité pour l'interne car ses décisions sont sous la coupe d'un senior. Ce faible degré d'autonomie contraste avec des responsabilités importantes et un sentiment de solitude lors de certaines situations, et peut faire le lit d'un épuisement professionnel¹³⁶.

d - Formation professionnelle

Certaines études ont montré que les internes qui pensaient avoir des compétences suffisantes avaient un taux élevé d'accomplissement personnel¹³⁸.

Pourtant il existe une différence entre la formation théorique et la réalité de la pratique, et la majorité des internes estiment avoir un manque de formation ou une formation inadaptée^{9, 39, 139}. Ainsi nous pouvons imaginer un axe important de prévention reposant sur une formation complète et actualisée pour les internes, afin d'éviter un état de burn out.

e - Connaissance du burn out

Le concept de burn out n'est pas étudié durant les études médicales, au contraire des paramédicaux⁸³. Serait-il considéré comme un sujet tabou ou est-il victime de son manque de robustesse scientifique expliquant ainsi l'absence d'enseignement ?

Cette carence de formation engendre une méconnaissance du concept, mais également des moyens pour le prévenir et s'en protéger. Les internes atteints peuvent penser être atteints d'un simple état de fatigue ou d'un syndrome dépressif¹⁷³.

F - Propriétés clinico-biologiques

Le burn out est un processus dynamique bio-psycho-social dont les manifestations sont variées et non spécifiques^{18,66}. Aucun critère diagnostique n'existe⁴⁸.

Les troubles s'installent de manière insidieuse et progressive, avec d'importantes variabilités individuelles.

1 - Caractéristiques physiques

L'individu peut se plaindre de divers symptômes de nature différente^{114,119} :

- lassitude, fatigue chronique
- infections rhino-pharyngées ou grippales répétées
- douleurs musculo-squelettiques
- troubles digestifs (constipation, diarrhée)
- céphalées de tension
- troubles cardiovasculaires (palpitations, dyspnée)
- troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie)
- troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)

2 - Caractéristiques psychiques

Le sujet peut souffrir de :

- susceptibilité, irritabilité
- anxiété, dépression
- méfiance envers autrui, cynisme

Ces troubles entraînent inévitablement une baisse de l'estime de soi, et peuvent engendrer des comportements auto ou hétéro-agressifs.

3 - Caractéristiques cognitivo-comportementales

L'individu connaît des troubles de la mémoire, de l'attention, de concentration ainsi que des difficultés lors de la prise de décision avec des capacités de jugement amoindries.

Le comportement est défensif avec une grande labilité émotionnelle et une intolérance aux changements, car chaque nouveauté requiert un effort supplémentaire d'adaptation du sujet qui n'arrive plus à faire face. L'attitude est négative, pessimiste.

Sur le lieu de travail, le changement s'opère doucement. L'individu peut choisir l'abandon ou l'absentéisme afin de créer une distance lui permettant de se recentrer sur lui-même. Au contraire, un présentéisme inefficace avec un acharnement au travail peut se voir (« pseudo-activisme ») évitant au soignant de réfléchir à sa condition et de dissimuler son sentiment intense d'échec^{49, 114, 119}.

« [L'individu] s'acharne à continuer dans la voie qui l'a rendu déprimé. L'incendie s'intensifie, se propageant encore plus vite dans toutes les directions ».

A terme, il peut arriver au stade de cesser son activité ou envisager une réorientation professionnelle.

Ces symptômes sont responsables d'une franche diminution des capacités intellectuelles et donc professionnelles du sujet, avec des risques sur sa pratique de soignant et des conséquences potentielles pour ses patients.

Au-delà même du domaine professionnel, le burn out touche toute la vie du sujet. Des comportements addictifs peuvent apparaître et un isolement social s'installe progressivement (divorce, conflits familiaux).

L'ensemble de ces différentes caractéristiques et complications peut conduire l'individu jusqu'au suicide.

4 - Caractéristiques biologiques

Plusieurs études ont tenté de trouver un marqueur biologique spécifique du burn out.

En effet l'organisme est en mesure d'interagir avec son environnement via l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, le système immunitaire et le système nerveux.

L'hypothèse serait que la sécrétion prolongée de certaines des hormones de stress (catécholamines, corticostéroïdes) serait responsable des symptômes physiques. Ainsi le dosage de ces hormones permettrait de porter plus facilement le diagnostic de burn out.

Seulement lors d'une exposition prolongée au stress, la réaction de l'organisme s'atténue progressivement. Il devient donc impossible de discerner une variation due à une réaction aiguë à un événement stressant, d'une sécrétion pulsatile habituelle ou d'une variabilité individuelle.

Le taux de cortisol a été l'un des paramètres les plus étudiés^{54, 123, 152, 157}. Une étude a trouvé qu'un niveau plus bas de cortisol au réveil était lié à un stade plus sévère de burn out. D'autres molécules ont été mises en évidence dans des stades sévères d'épuisement professionnel : l'élévation des cytokines de l'inflammation¹⁷⁶ ou l'augmentation du BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor)¹⁵².

Ces études ont trouvé des résultats intéressants et sûrement prometteurs, qu'il serait toutefois utile d'approfondir sur de plus grands échantillons.

G - Diagnostics différentiels

1 - Trouble de l'adaptation

Dans la société actuelle l'individu est obligé de s'adapter pour réussir dans sa carrière professionnelle, du fait de multiples contraintes socio-économiques (deuil, mutation,

conditions de transport difficiles...). Cependant ce mécanisme d'adaptation permanent n'est pas accessible à tous et peut amener à un état de souffrance (découragement, fatigue, repli, colère, évitement...)

Le DSM-IV définit le trouble de l'adaptation comme étant une réaction pathologique inadaptée à un ou plusieurs facteurs de stress psychosociaux identifiables apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de ceux-ci¹⁸. La souffrance engendrée par ces stimuli est démesurée et entraîne des conséquences socio-professionnelles.

Le facteur temps permet de différencier ce trouble du burn out, celui-ci s'installant beaucoup plus progressivement.

Cette entité psychiatrique se rapprocherait le plus du burn out selon certains auteurs.

2 - Stress

Les concepts de burn out et de stress sont difficilement dissociables car comme nous l'avons vu les théories expliquant le stress sont reprises pour tenter d'expliquer les mécanismes du burn out.

Le noyau commun est l'incapacité d'un sujet à faire face à un évènement extérieur, entraînant un état inconfortable de tension.

Toutefois le burn out concerne le milieu professionnel, tandis que le stress peut toucher toutes les sphères de la vie d'un individu. Le burn out a un mode d'installation progressif (entre 1 et 5 ans) faisant suite à une exposition chronique à des stimuli répétés¹⁸. Enfin, la notion de burn out englobe les dimensions socio-personnelles et le ressenti des individus sur leurs conditions de travail, ce qui dépasse l'idée même de stress.

3 - Dépression

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la relation existant entre le burn out et la dépression^{75, 88}. En effet certains considèrent que le burn out est une forme particulière de dépression majeure, alors que d'autres pensent qu'un syndrome dépressif peut être la conséquence d'un burn out sévère.

Comme nous l'avons vu une symptomatologie dépressive peut exister dans des stades sévères de burn out, même si ceci est loin d'être systématique. Les symptômes ne concernent néanmoins que la sphère professionnelle et il n'y a habituellement pas de ralentissement psychomoteur. Les personnes dépressives ou ayant un antécédent personnel ou familial de dépression seraient plus susceptibles de développer un burn out¹.

Une étude de 1986 retrouve un lien entre des scores élevés au MBI et à l'échelle de dépression Beck Depression Inventory (BDI)⁴⁴, et quelques auteurs conseillent d'associer systématiquement les deux échelles pour dépister un épuisement professionnel, et ne pas méconnaître une réelle dépression sévère associée.

4 - Syndrome de fatigue ou neurasthénie

Initialement décrit comme étant un désordre neurologique, ce trouble a évolué vers un concept psychiatrique décrit dans la CIM 10 et qui comporte deux types :

- Le premier est une « plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace ».

- Dans le second type « l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre ».

Dans les deux types, des symptômes divers peuvent se surajouter : sensations vertigineuses, céphalées de tension, irritabilité, troubles du sommeil, symptômes dépressifs et anxieux⁶⁰.

Ces symptômes s'entrecroisent avec ceux décrits dans le burn out mais il existe plusieurs différences : le burn out n'a pas d'origine neurologique et le syndrome de fatigue n'est pas relié au travail.

5 - Anxiété

Comme pour la dépression, le burn out peut mimer un trouble anxieux. La principale différence est la complexité du concept de burn out qui est décrit comme un processus plutôt que comme une maladie psychiatrique¹⁸. L'anxiété peut aussi se voir au-delà du monde professionnel.

6 - Insatisfaction au travail

Bédard et Duquette décrivent cette expérience négative liée au travail vécue par un individu. Autrement dit, le sujet connaît une réduction de son accomplissement personnel à travers son travail. Mais cette notion ne prend pas en compte l'épuisement émotionnel ni la dépersonnalisation, ce qui la diffère du burn out¹⁸.

H - Le burn out : un concept solide ou un effet de mode ?

Nombreux sont les scientifiques restant sceptiques quant au concept du burn out.

La première revue contactée par Maslach lui a renvoyé son article sans l'avoir lu sous prétexte qu' « [ils] ne publiaient pas de « pop-psychologie » »¹⁴⁶.

S'agit-il d'un phénomène de mode accentué par l'intérêt croissant des médias pour l'étude du stress au travail ?

Ce concept vague devenu pour certains un fourre-tout, amène à des surinterprétations ou au contraire à des banalisations laissant parfois le sujet à part, isolé dans sa souffrance au travail.

1 - Le flou du concept

L'évolution naturelle du burn out s'est faite en même temps que l'évolution du monde du travail. Farber pense que les individus ne sont plus atteints de la forme traditionnelle du burn out où le sujet suivait à perte un projet grandiose et idéalisé⁴¹. Aujourd'hui les individus doivent faire face à de nombreuses pressions externes et d'exigences professionnelles, contrebalancées par une limite d'engagement de leur part et un salaire considéré comme trop faible aux vues des efforts fournis. Cette évolution de définition empêche de décrire clairement le burn out.

Le burn out n'apparaît pas comme une entité distinctement indiquée dans les classifications psychiatriques internationales. Comme l'écrit Maslach, « si on agrandit le filet, on attrape plus de poissons, mais des espèces plus diverses parmi lesquelles on ne se retrouve plus »¹¹⁵.

Il s'agit d'un processus multidimensionnel, d'adaptation, d'échappement voire de défense et se situant à la frontière de plusieurs diagnostics psychiatriques. Comme nous l'avons vu, le burn out peut prendre les traits d'un syndrome dépressif majeur ou d'un

trouble anxieux : le risque est de méconnaître une réelle pathologie psychiatrique qui serait prise – à tort – pour un épuisement professionnel.

La tridimensionnalité du syndrome est une autre difficulté pour cerner le concept. Une méta-analyse de 2006 retrouve une hétérogénéité d'études concernant la corrélation entre l'accomplissement personnel et les deux autres sous-dimensions¹⁰⁷. Une mesure du burn out comprenant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation paraîtrait plus judicieuse selon certains auteurs.

2 - Une popularité croissante

Malgré cette discussion ouverte concernant l'entité du burn out, le concept s'est beaucoup développé ces dernières années avec plus de 2500 articles parus.

Le changement global du monde socio-économique est l'une des premières explications de ce succès avec l'explosion du secteur tertiaire et des métiers d'aide à la personne. Les professions ont une plus grande charge intellectuelle et une moindre charge physique, avec des relations tournées vers l'affectif et donc des individus plus exposés à l'épuisement professionnel.

Le développement et la vulgarisation de la psychologie dans le monde du travail a abouti à une habitude de décrire quotidiennement les plaintes ou les maux de chacun. Ainsi des milliers de syndromes sont venus enrichir les classifications psychiatriques⁶¹. Le burn out pourrait bénéficier de cet élan culturel de la société.

La société actuelle prodigue un individualisme grandissant où les relations sociales sont devenues éphémères et non épanouissantes. La frustration, l'isolement en sont des conséquences directes. Comment l'individu peut définir sa propre place ou son rôle dans un monde devenu anonyme ?

Le burn out serait un terme plus acceptable socialement que « dépression » ou « stress », car autorisant temporairement l'individu à lâcher prise sans ressentir de culpabilité vis-à-vis de son projet grandiose initial.

Le rôle de la mondialisation avec le développement des technologies a plongé la médecine dans un monde de services, de « fast-médecine », où le patient devenu client « consomme » plus qu'il ne bénéficie. Comme nous l'avons vu le patient est devenu curieux, méfiant et la relation médecin-malade s'est progressivement transformée en une relation contractuelle où le médecin doit s'efforcer de démontrer ses compétences pour obtenir sa confiance.

Ajoutons à cela la féminisation de la profession avec des modes d'exercice évoluant vers une amélioration de la qualité de vie privée et nous comprenons l'engrenage que peuvent vivre certains médecins, désireux de poursuivre leur activité coûte que coûte pour le bien-être des patients.

« Des médecins moins nombreux, souhaitent s'investir moins dans leur activité professionnelle pour profiter de leur vie personnelle et familiale, tandis que les patients sont plus consommateurs de soins et le seront de plus en plus en vieillissant »¹⁵¹.

3 - Un médecin malade ?

Le burn out a initialement été étudié dans les professions relationnelles, en particulier chez les médecins.

Le médecin est un individu au service de la santé des autres et représente le soin : c'est un soignant, non pas un soigné³¹. Ce statut professionnel l'empêche de s'écouter et de prendre soin de lui. En effet, le médecin n'est pas un patient comme les autres et est souvent le premier à nier son état de souffrance, alors qu'il s'agit d'une réalité⁵¹.

« [...] ils ne demandent pas d'aide de crainte que leurs collègues ne considèrent leur maladie comme une faiblesse ; pire, ils essaient de cacher leurs troubles et remettent à plus tard leur demande d'aide, aggravant ainsi le pronostic ».

Il ressort de plusieurs études que les médecins ont pour la majorité recours à l'automédication, négligent bien souvent leurs symptômes et ne consultent pas de confrère en cas de pathologie.

« Centré sur son patient et à l'écoute de la collectivité, le médecin est au cœur du soin, mais à condition de « fonctionner » correctement et de ne pas perturber le soin avec ses problèmes « personnels »...On attend de lui qu'il soit en bonne santé : si jamais il lui arrive d'être malade, cela ne doit pas être perceptible aux yeux de ses patients et de la collectivité qui risqueraient alors d'être inquiétés voire désemparés.»

Il s'avère compliqué de prendre en charge les professionnels de santé qui ne bénéficient pas de parcours de soin typique, s'auto diagnostiquent et s'auto médiquent. Un médecin peut se sentir gêné de soigner un confrère qui ne représente pas un patient lambda : ce dernier peut avoir des difficultés à ne rester qu'un simple patient et à ne pas garder son rôle de soignant. Le suivi médical est généralement irrégulier ou espacé, le « médecin malade » ayant peur de déranger son collègue, et la prise en charge étant par conséquent imparfaite.

Un autre aspect pouvant représenter un obstacle aux soins est financier : un médecin ne fait généralement pas payer un confrère. La situation peut devenir équivoque si le suivi devient régulier.

Depuis quelques années, des structures spécialisées voient le jour pour accueillir les médecins malades de manière optimale : unités d'addictologie des soignants, assistance téléphonique... voire même signalement de confrère rencontrant des difficultés psychologiques^{52, 125}.

Ce statut complexe du « médecin malade » représente un problème de santé publique non négligeable et sous-estimé, avec des conséquences sur le système de santé voire sur la prise en charge des patients.

I - Conséquences et prévention du burn out

1 - Conséquences

a - Sur le plan individuel

Le burn out peut entraîner différentes complications psychosomatiques chez l'individu : état dysphorique, irritabilité, troubles somatiques atypiques, troubles du sommeil, asthénie, conduites addictives...¹¹⁰

La prise en charge des patients s'avère plus compliquée avec multiplication des conflits et développement d'une distanciation interindividuelle entravant la relation médecin-malade, et indubitablement la qualité des soins.

Au-delà du monde professionnel, le burn out peut atteindre progressivement la vie privée avec des divorces et un isolement socio-affectif.

Les médecins connaissent plus de troubles psychiatriques et de décès par suicide que la population générale. Certaines études ont retrouvé un lien entre le burn out et la dépression^{99, 133, 154}, et des idéations suicidaires³⁷. Une étude française de 2003 retrouve un taux de suicide multiplié par 3 chez les médecins par rapport à la population générale : 14% versus 5,4%. Le risque de décéder par suicide est de 70% supérieur chez les hommes médecins comparé aux non-médecins, et de 250 à 400% chez les femmes médecins. Cette surmortalité ne serait pas liée à la surcharge de travail mais à l'existence de pathologies psychiatriques, d'addictions ou de difficultés familiales^{71, 182}.

Ces données plus qu'alarmantes doivent motiver à multiplier les analyses dans cette population fortement exposée afin de limiter les conséquences tragiques et de dépister précocement les sujets à risque.

b - Sur le plan professionnel

Le burn out entraîne irrémédiablement une remise en question de l'identité professionnelle du médecin, qui se sent démotivé et incompetent face à ses nombreuses responsabilités⁵¹.

Ce sentiment de mise en échec aboutit à une moins bonne qualité des soins avec des comportements parfois pathologiques : traitements inappropriés, erreurs médicales voire cas de maltraitance...^{8, 18, 20, 154, 178}

Enfin, le médecin épuisé peut présenter un absentéisme fréquent et régulier, source de désorganisation pour ses collègues et ses patients.

c - Sur le plan collectif

Lorsque l'épuisement s'est établi chez un médecin, il engendre de nombreuses conséquences financières : financement des arrêts de travail, augmentation du nombre de journées indemnisées par la CARMF, et coûts des pensions d'invalidité permanente pour troubles psychiatriques¹⁰⁰. A l'extrême, un état de burn out peut engendrer un désir de reconversion professionnelle⁴⁰. Une étude récente a montré une tendance à la diminution de la durée moyenne d'exercice libéral, qui est actuellement de 22 ans¹⁰⁸.

Parallèlement, il est source de désorganisation et de changements de planning pour les collègues, ce qui peut aggraver un état de burn out préexistant chez ces derniers.

En terme de démographie médicale actuelle, la population ne peut tolérer avoir moins de médecins disponibles.

Au niveau des internes, le burn out peut avoir certaines conséquences insoupçonnées sur le plan démographique : chaque année, plusieurs dizaines de postes de médecine générale ne sont pas pourvus après l'ECN. Une des explications peut être l'existence d'un état d'épuisement professionnel préexistant chez l'étudiant en médecine qui aura

tendance à choisir une spécialité lui paraissant acceptable en termes de difficultés, de charge de travail ou d'horaires. Le critère principal empêchant certains internes de choisir la médecine générale est l'appréhension du mode d'exercice : la peur d'être isolé, une charge administrative importante, la confrontation avec le milieu hospitalier et le sentiment de moindre reconnaissance par les spécialistes. Il est évident que l'existence d'un burn out n'est pas la seule raison des postes laissés vacants chaque année, mais il nous apparaît intéressant de souligner cette hypothèse.

Autre conséquence démographique actuelle, l'installation des médecins généralistes est de plus en plus tardive (âge moyen 35 ans)¹⁰⁸. Ce constat est connu depuis quelques années, ainsi que ses conséquences : les médecins désirant partir en retraite ou changer de région connaissent des difficultés pour trouver un successeur, étant parfois dans l'obligation d'orienter leurs patients vers les médecins des alentours ; le suivi médical desdits patients apparaissant fragile et irrégulier. Enfin, les futurs médecins épuisés peuvent avoir un désir de reconversion professionnelle après l'internat.

Promouvoir le bien être des internes semble ici fondamental¹⁷⁵ pour que les individus épuisés d'aujourd'hui ne soient pas les médecins brûlés de demain.

Mais comment se protéger du burn out ?

2 - Prévention du burn out

a - Sur le plan individuel

Les méthodes de relaxation constituent un moyen de lutte contre le stress chronique. Elles permettent à l'individu de se concentrer de nouveau sur chaque partie de son corps et d'apprendre à les détendre, réflexes que nous n'avons pas à la fin des journées de travail. Savoir prendre soin de soi pour pouvoir aider les autres est devenu aujourd'hui fondamental, contrastant avec l'idée du sacrifice de soi véhiculée par le christianisme¹⁸.

Prendre du temps pour son entourage ou ses loisirs permet de s'aérer l'esprit, de se reposer et d'évacuer les tensions auxquelles l'individu est confronté quotidiennement^{31, 179}. Il est important d'arriver à trouver un équilibre entre sphère privée et professionnelle pour un meilleur confort de vie et un épanouissement personnel.

Ainsi résumait simplement Voltaire : « J'ai décidé d'être heureux, parce que c'est bon pour la santé ».

Une hygiène de vie correcte, avec une alimentation équilibrée ainsi qu'un sommeil réparateur constituent un autre moyen de prévention de l'état d'épuisement, car luttant contre les addictions et autres comportements à risque.

Il est important que l'individu connaisse et applique des méthodes de développement personnel⁹¹: apprentissage de techniques de gestion du stress afin de se sentir mieux armé et préparé à l'exercice professionnel, développer le sentiment d'efficacité, voire réaliser régulièrement un bilan de ses compétences au travers des différentes formations qu'il suit. Dans sa pratique, il est souhaitable que le soignant varie ses activités car ceci serait protecteur du burn out¹³⁵.

La connaissance de soi et de ses propres limites est le premier pas vers l'acceptation de l'idée que le médecin est un être humain, et peut vivre des moments difficiles. Il n'est pas toujours sûr de lui ou de ses diagnostics et peut partager ce sentiment avec son patient, en discutant ouvertement et franchement avec lui.

« C'est en prenant conscience du principe d'incertitude et du fait que nous ne pourrions pas guérir tous nos patients que nous nous protégerons au mieux du burn out tout en continuant à exercer notre métier dans la sérénité qui transcende l'imperfection en l'acceptant »³¹.

Enfin l'individu atteint de burn out ne doit pas être isolé^{67, 114, 119} : il est important qu'il bénéficie d'un certain suivi médical (importance de déclarer un médecin traitant), ou qu'il soit informé de l'existence d'associations (par exemple l'assistance téléphonique de l'AAPML⁵², joignable 24 heures sur 24 et animée par une équipe de psychologues cliniciens).

b - Sur le plan collectif

La participation des médecins à une formation médicale continue est obligatoire et indispensable car elle permet aux soignants d'approfondir leurs connaissances dans le champ de la médecine en mouvement perpétuel. Le temps de formation personnelle est important pour chaque médecin car lui permettant de s'enrichir et de solidifier ses compétences.

Les groupes de pair ont été créés en 1987 en France et permettent aux médecins de se réunir afin de discuter des différents problèmes auxquels ils ont été confrontés en analysant leurs pratiques professionnelles aux vues des données de la science actuelle, représentant ainsi un moyen de formation. Le but est de lutter contre l'isolement, renforcer l'identité professionnelle et améliorer la qualité des soins prodigués aux patients⁴.

Dans la même optique, les groupes Balint ont pour objectif de mieux former les médecins face aux problèmes psychologiques rencontrés au cours de leur travail, en se basant sur la qualité de la relation médecin-malade. Les soignants inscrits à ces groupes développent une capacité d'écoute et une assurance bénéfiques pour leur pratique professionnelle³¹.

c - Sur le plan organisationnel

Le meilleur moyen de prévention reste avant tout l'information.

Le cursus des études médicales n'intègre quasiment aucune donnée sur les troubles psychiatriques des médecins, sur la qualité de la relation médecin-malade avec la « bonne distance » à élaborer, ni sur la difficulté de prise en charge médicale des médecins. Or aux vues des chiffres inquiétants concernant les comportements à risque des médecins (addictions, dépression, burn out, suicide), il paraît aberrant que les futurs professionnels de santé n'y soient pas sensibilisés³¹.

Les facultés de médecine commencent à développer des cours de psychologie traitant de la relation médecin-malade et organisent des groupes de pair durant l'internat de médecine générale. Cette tendance doit se poursuivre car la relation médecin-malade est au cœur du syndrome de burn out : les scores élevés de dépersonnalisation retrouvés dans plusieurs études attestent de la mauvaise relation que les soignants ont avec leurs patients, et de l'absence d'épanouissement personnel à travers l'échec de celle-ci.

Les facultés devraient promouvoir l'importance du bien-être et d'un suivi médical auprès des étudiants en médecine, voire les sensibiliser aux problèmes d'addictions^{71, 134, 158}. Des associations universitaires existent mais sont généralement peu consultées par les internes, peut-être par peur du jugement ou de l'absence de secret médical^{174, 184, 185}. Il serait intéressant de développer des structures extra-universitaires composées de professionnels de santé habitués à prendre en charge des étudiants en médecine.

Le problème de la médecine du travail chez les médecins libéraux reste entier, car son absence n'oblige pas les médecins à consulter régulièrement un confrère. Les internes sont également confrontés à ce manque car la plupart des hôpitaux n'organisent pas de consultation obligatoire en médecine du travail. Il serait intéressant que cette branche de la médecine s'étende, à des fins préventives voire de suivi des individus en souffrance.

J - Outils d'évaluation du burn out

1 - Maslach Burn out Inventory (MBI)

L'instrument MBI développé par C. Maslach et S. Jackson reste l'échelle la mieux validée pour évaluer l'épuisement professionnel^{117, 144}. La majorité des études traitant du burn out reposent sur le MBI car ses propriétés psychométriques sont jugées satisfaisantes^{105,}

^{145, 168}.

Il s'agit d'un auto-questionnaire anonyme comprenant 22 items, assortis d'une notation en sept points correspondant à la fréquence à laquelle le sujet ressent chacune des propositions (de 0 = jamais, à 6 = tous les jours).

La version initiale anglophone a été traduite en français, version qui a été validée³⁵.

Cet outil permet de retrouver les trois dimensions du syndrome, en additionnant les scores de fréquence¹¹⁶ obtenus à chacune des propositions suivantes décrites comme telles :

- **Épuisement émotionnel** : 9 items

- 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
- 6) Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts
- 8) Je sens que je craque à cause de mon travail
- 13) Je me sens frustré(e) par mon travail
- 14) Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
- 16) Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
- 20) Je me sens au bout du rouleau

- **Dépersonnalisation** : 5 items

- 5) Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
- 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

- 15) Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
- 22) J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

- **Accomplissement personnel** : 8 items

- 4) Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent
- 7) Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades
- 9) J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
- 12) Je me sens plein(e) d'énergie
- 17) J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades
- 18) Je me sens ragaillard(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
- 21) Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

Il n'y a pas de score global d'épuisement professionnel.

Chacune des trois dimensions possède son propre score, et l'association concomitante de scores pathologiques aux trois sous-échelles n'est pas nécessaire pour parler de burn out. Le burn out sévère est caractérisé par des scores élevés à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation, et un score bas d'accomplissement personnel.

Il ne s'agit pas d'une triade diagnostique : des scores différents aux trois dimensions peuvent coexister, rendant ainsi compte de la complexité du burn out.

Le MBI permet de distinguer le burn out comme une variable continue : degré d'épuisement bas, modéré ou élevé.

	Bas	Modéré	Elevé
Épuisement émotionnel	< 18	18-29	> 29
Dépersonnalisation	< 6	6-11	> 11
Accomplissement personnel	> 39	34-39	< 34

Les seuils des trois dimensions ont été fixés de façon arbitraire¹⁶⁸ : Maslach a séparé en trois parties équivalentes l'échantillon de 11000 personnes (professionnels de santé, policiers ou encore enseignants) qui avait rempli le questionnaire au préalable. Les points de césure de chaque sous échelle ont été établis au tiers de la population : ainsi les 33,3% avec le score le plus élevé définissent le stade de burn out élevé, les 33,3% suivants représentent le stade modéré et les derniers 33,3% le stade bas.

Il existe actuellement trois versions du MBI¹⁶⁸ :

- Le MBI-HSS (human services survey), qui est la version originale
- Le MBI-ES (educators survey), à destination des professionnels de l'éducation
- Le MBI-GS (general survey) pour toutes les autres catégories professionnelles. Cette version ne contient que 16 items.

2 - Autres échelles

Les autres échelles présentées ci-dessous ont l'inconvénient majeur de ne pas prendre en compte la dimension « dépersonnalisation » au contraire du MBI, qui reste pour cette raison l'échelle la plus utilisée au niveau international.

L'échelle burn out measure (BM) développée par Pines et Aronson est utilisée pour évaluer l'épuisement émotionnel¹⁴⁴. Elle se compose de 21 items, cotés par la fréquence ressentie. Elle est corrélée avec le degré de satisfaction au travail¹²⁸.

Les autres échelles ont une validité statistique limitée : le Shirom Melamed Burnout Measure, le Staff Burnout Scale de Jones.

K - Le burn out chez les internes

1 - Généralités chez les soignants

Les premiers travaux effectués chez les médecins libéraux en France datent de 2001. Il est paradoxal qu'un sujet aussi tendant dans le milieu du travail n'ait pas été étudié dans la population des médecins auparavant⁵⁰.

Différentes études réalisées chez les médecins généralistes français par D. Truchot montrent une proportion alarmante d'épuisement professionnel : près d'un médecin sur deux souffrirait d'épuisement émotionnel élevé (43%), la dépersonnalisation toucherait 40% d'entre eux, et un tiers aurait un niveau bas d'accomplissement personnel (30%)⁵³.

^{166, 171}

D'après une enquête française parue en juin 2010, plus d'un médecin généraliste sur dix se déclarait en détresse psychologique³⁴.

Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés dans plusieurs études internationales¹⁶².

Rappelons que les conduites addictives, les dépressions ou troubles psychiatriques et les suicides sont plus fréquents chez les soignants que dans la population générale^{23, 27, 38, 58, 71, 100, 148, 160}. Ces troubles seraient présents dès les études de médecine, ce qui confirme l'intérêt d'études réalisées sur ces comorbidités chez les internes.

2 - Particularités du statut de l'interne en médecine

L'internat est une période singulière dans la vie d'un médecin. Après plusieurs années d'études théoriques et un contact progressif avec la pratique durant l'externat, l'internat permet au futur médecin de se confronter à une activité clinique à part entière où la volonté de soigner et de guérir peut se déployer : on retrouve le fondement sur lequel peut se développer le burn out. Il s'agit de la période où le jeune médecin se construit et deviendra le praticien de demain. Si l'environnement professionnel est difficile avec des stratégies d'adaptation inadaptées face aux agents stressants, un état de burn out peut s'installer chez l'interne compromettant son avenir de praticien.

L'interne a néanmoins un statut ambigu de part sa situation, décrite comme telle dans le Code du Travail : « l'interne est un praticien en formation à temps plein »²⁴. Autrement dit il est à la fois médecin et étudiant. Selon le décret du 10 novembre 1999, il « exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ». Il doit combiner la fin de ses études avec la réalisation d'un mémoire et d'une thèse, et développer sa pratique au cours de ses stages afin de jouir d'une expérience professionnelle et d'une autonomie.

Outre ce contact avec la réalité professionnelle, l'interne peut être amené à choisir sa ville ou sa spécialité par défaut selon son classement à l'ECN. Ce déracinement peut entraîner des conséquences personnelles avec perte du soutien de l'entourage et isolement socio-affectif (couples séparés...) puis faire le lit d'un état d'épuisement professionnel.

3 - Etudes réalisées chez les internes

De nombreuses études ont mis en évidence une prévalence importante de burn out chez les médecins et en particulier chez les internes^{3, 9, 21, 39, 42, 66, 126, 138}.

Les études en France montrent une prévalence entre 40 et 50% de l'épuisement professionnel chez les internes en médecine. Ces résultats sont concordants avec ceux d'études américaines (entre 40 et 70%)^{38, 56, 154}.

Concernant les internes de médecine générale, 46% des internes strasbourgeois et 44,7% des nantais sont affectés d'un burn out. En Ile de France en 2005, 24,1% des internes ont un épuisement émotionnel élevé, 42% une dépersonnalisation élevée et 48,6% un accomplissement personnel bas. En Aquitaine, 20% des internes sont épuisés, 47,8% ont une dépersonnalisation élevée et 20,8% un bas accomplissement personnel.

Soulignons toutefois que ces chiffres doivent être comparés avec précaution, car chacun des auteurs a retenu une définition différente du burn out. Nous reviendrons sur ce détail dans la discussion.

Une étude réalisée en Angleterre retrouve un niveau de burn out plus sévère chez les internes que chez leurs aînés de même spécialité⁶⁸, confortant l'intérêt de notre enquête chez les jeunes médecins.

II - Description de l'étude

A - Matériel et méthodes

1 - Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'évaluer la présence et la prévalence du burn-out chez les internes de médecine générale résidants dans deux régions : l'Île de France et le Languedoc-Roussillon.

Les objectifs secondaires sont :

- L'analyse des données personnelles, socio-démographiques et professionnelles des internes
- Le recueil des comportements à risque, addictions, troubles psychologiques des internes et leur ressenti sur leur statut
- La recherche des facteurs associés au burn out et à l'absence de burn out
- La recherche d'une différence significative entre les 2 régions étudiées sur la prévalence du burn out

2 - Type d'enquête

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive et bicentrique.

Le premier recueil de données a été réalisé dans la région Languedoc-Roussillon en septembre et octobre 2008 par Melle Laurence Cauchard, interne en médecine générale dans le cadre de sa thèse traitant du burn out des internes²¹.

La population étudiée était celle des internes – toutes spécialités confondues - en stage clinique sur le semestre mai-novembre 2008 en Languedoc-Roussillon. Seules les

données relatives aux internes de médecine générale ont été utilisées dans le cadre de ce travail. La méthodologie de cette première partie ne sera pas détaillée.

La seconde partie a été réalisée sur le semestre novembre 2010-avril 2011 en Ile de France chez les internes de médecine générale en stage clinique, hospitalier ou ambulatoire. Ont été exclus les internes de 1^{er} semestre car n'ayant eu aucune expérience de stage hospitalier en tant qu'interne auparavant ; et les internes d'autres spécialités.

Les internes ayant terminé leur internat de médecine générale en octobre 2010 ont également été inclus dans l'étude.

3 - Modalités pratiques de l'étude

L'étude s'est déroulée de la même façon dans les deux centres : un questionnaire composé de trois parties a été remis aux internes de médecine générale.

La première partie traite des données :

- Démographiques : âge, sexe, statut marital, nombre d'enfants, pratique d'une religion, médecin traitant
- Professionnelles : semestre, choix de spécialité et de ville, volume horaire hebdomadaire, nombre de gardes et de week-ends libres par mois, repos de sécurité, pose de congés. La question « présence d'un senior lors des gardes » a été rajoutée sur la version parisienne du questionnaire.

La deuxième partie concerne les données personnelles des internes :

ressenti sur le temps libre et la formation, niveau de responsabilités, salaire, consommation de tabac, cannabis, alcool, drogues, psychotropes et type de prescription, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, suivi psychologique et arrêt de travail pour problèmes psychologiques ou psychiatriques, tentatives de suicide,

changement d'orientation, désir de refaire des études médicales si c'était à refaire et connaissance du concept de burn out.

La troisième et dernière partie est la version française validée du MBI-HSS composée des 22 items permettant d'évaluer le burn out.

Le recueil des données en Ile de France a été réalisé selon différentes modalités :

- distribution de questionnaires en version papier aux internes lors de cours à la faculté ou de stages dans les hôpitaux et récupération des documents en mains propres
- envoi de mails contenant un lien amenant vers le questionnaire en ligne, par l'intermédiaire des secrétariats de départements de médecine générale d'Ile de France et également grâce à l'aide de syndicat d'internes de médecine générale (le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes ou SNJMG qui a envoyé le mail à leurs adhérents parisiens). Cette version a été réalisée pour que les questionnaires puissent être complétés directement en ligne puis envoyés sur une boîte de réception dédiée. Seuls les questionnaires entièrement remplis pouvaient être envoyés, ceci afin de minimiser les données manquantes : un message d'erreur s'affichait lorsqu'une seule réponse manquait, invitant ainsi l'interne à terminer le questionnaire. Cette méthode, intéressante sur le plan économique, garantit l'anonymat des internes.

Un second mail a été envoyé aux internes quelques semaines plus tard afin d'augmenter le taux de réponse.

Sur les 7 facultés de médecine générale d'Ile de France, 5 ont participé à ce travail en diffusant le mail à l'ensemble de leurs internes, T1 exceptés.

4 - Analyse statistique

Les données ont été traitées initialement avec Microsoft Excel 2007.

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel StatView et avec l'aide du Dr Pierre Lévy, du département de Santé Publique de l'hôpital Tenon.

Dans un premier temps, nous avons décrit les caractéristiques de la population étudiée en précisant les différences observées entre les deux régions.

Dans un second temps, nous avons étudié la prévalence du burn out chez les internes de médecine générale et recherché des facteurs associés au syndrome.

Pour cela nous avons initialement classé les résultats obtenus au MBI pour chaque dimension – épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel – en trois stades : bas, modéré et sévère, afin de pouvoir comparer notre enquête avec les autres études réalisées sur ce sujet.

Lorsque les trois sous dimensions sont au stade sévère, il s'agit alors du **burn out sévère**. L'absence de burn out est définie à l'inverse par le stade bas dans les trois dimensions.

Nous avons recherché plus précisément les facteurs associés au stade sévère de chacune des trois dimensions du burn out ; puis les facteurs associés au burn out complet sévère et enfin à l'absence de burn out.

Pour ce faire, une régression logistique multivariée en pas à pas descendant composée de deux étapes a été réalisée. La première étape est une analyse univariée, permettant de sélectionner les différentes variables liées au burn out de façon significative avec $p < 0,20$. Le test du Chi deux a été utilisé pour rechercher un lien entre deux variables qualitatives et remplacé par le test exact de Fischer lorsque les effectifs étaient insuffisants pour remplir les conditions de validité du Chi deux. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour rechercher un lien entre le burn out et les variables quantitatives.

La seconde étape est une analyse multivariée, qui permet d'identifier les variables corrélées au burn out de façon significative et indépendamment les unes des autres. Le risque α de première espèce est de 5%.

B - Résultats

1 - Participation des internes

404 questionnaires complets ont été récupérés : 91 en Languedoc-Roussillon, et 313 en Ile de France.

Sur le semestre mai-novembre 2008 dans la région languedocienne, 152 internes en médecine générale étaient éligibles, soit un taux de participation de **59,87%**.

Le taux de participation des internes de médecine générale en Ile de France sur le semestre novembre 2010-avril 2011 est plus difficile à apprécier, du fait de renseignements manquants sur le nombre exact d'étudiants en T4 (c'est-à-dire ayant terminé leur internat en octobre 2010).

L'Agence Régionale de Santé a compté 997 internes ayant pris un poste en novembre 2010, dont 440 internes entrant en première année, donc exclus. Il reste 557 internes de 2^e et 3^e année, éligibles pour l'enquête.

Sur les 5 facultés parisiennes ayant participé à l'étude, seules 3 ont fourni le nombre exact d'internes inscrits en T4 : 98 à la faculté Paris VI, 0 à la faculté Paris XI (le mail ne leur a pas été envoyé) et 43 à la faculté Paris Ile de France Ouest, soit 141 internes.

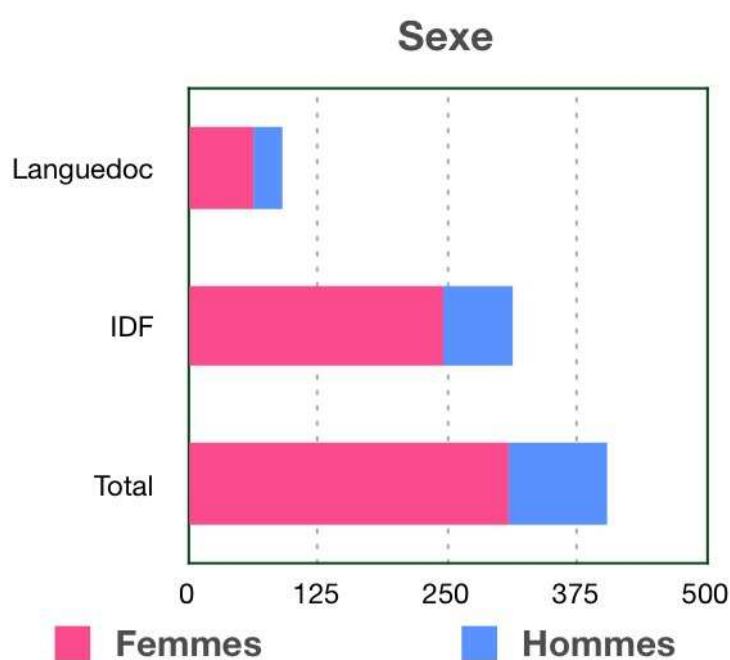
Le nombre d'internes éligibles sur cette période est donc de 698, sous réserve des données manquantes.

Nous pouvons donc estimer le taux de participation des internes de médecine générale d'Ile de France à **44,84%**.

2 - Données démographiques

a - Sexe

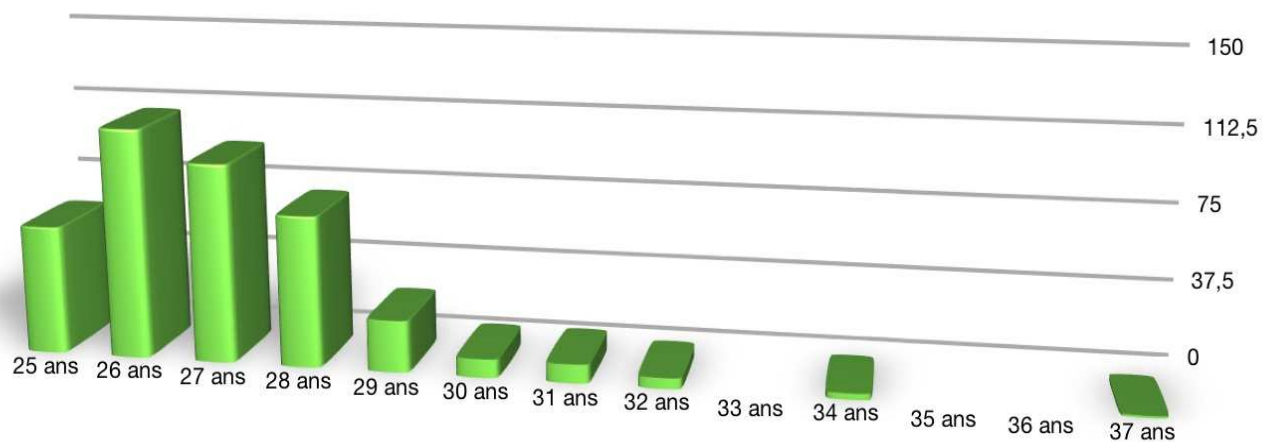
Sur la population de 404 internes, il y a 95 hommes et 309 femmes soit un pourcentage respectif de 23,5% et de 76,5%. Il y a plus d'internes masculins en Languedoc qui ont répondu à l'enquête (29% versus 21% avec $p=0,06$).



Cette distribution confirme la féminisation de la profession, constatée déjà depuis plusieurs années.

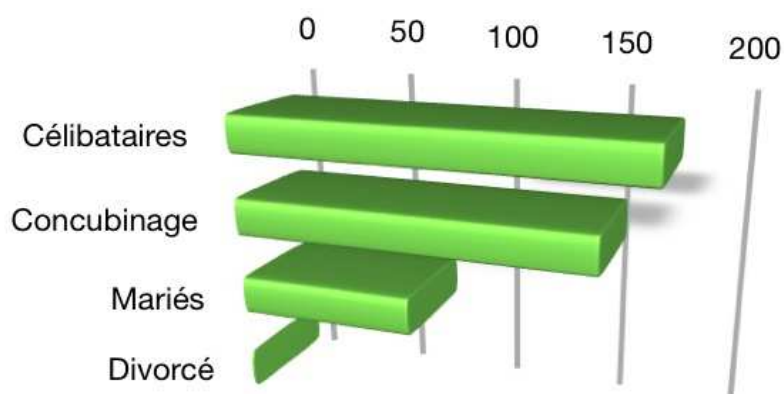
b - Âge

Les internes sont âgés de 24 à 37 ans. La majorité de la population a entre 26 et 27 ans (n=207 soit 51,2%). La médiane est à 27 ans et la moyenne à 26,94 ce qui correspond à une population d'internes en 3^e année d'internat.



c - Vie personnelle

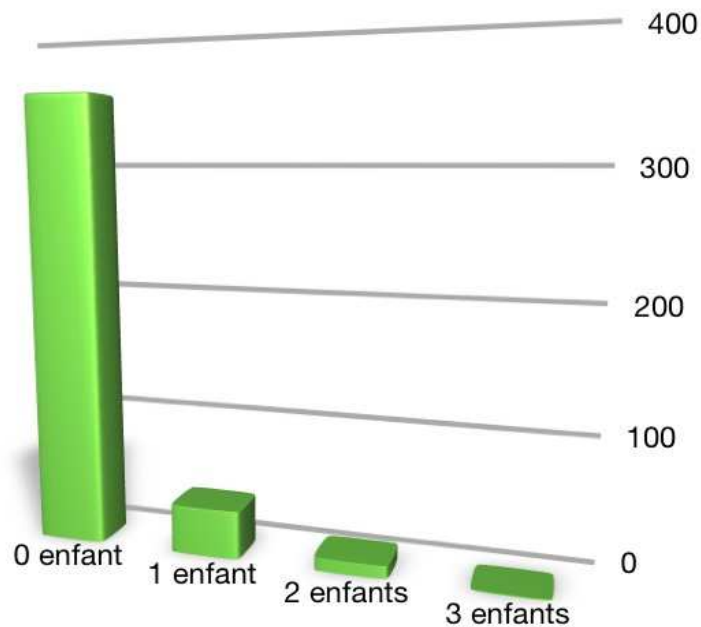
Une petite moitié des internes est célibataire (n=174 soit 43%), 153 vivent en concubinage (37,8%) 76 internes (18,8%) sont mariés et 1 interne est divorcé.



Les internes parisiens sont moins nombreux à être célibataires, contrairement à leurs compagnons languedociens (30% contre 54% avec $p=0,029$).

284 déclarent ne pas vivre seuls (70,2%).

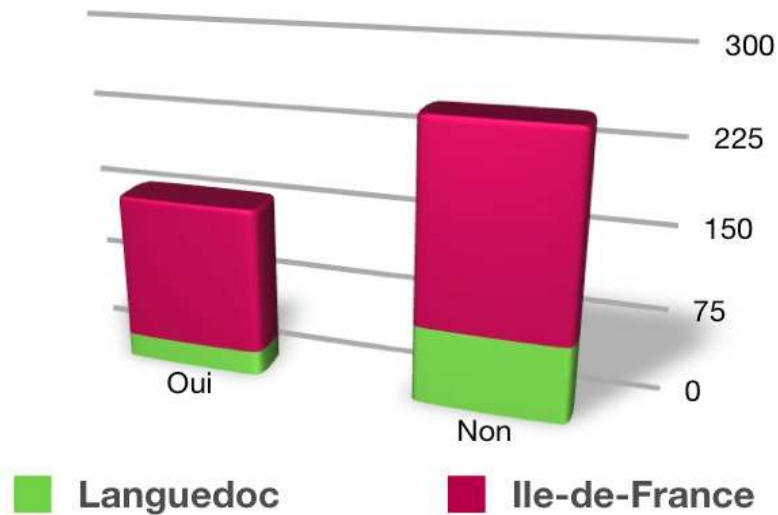
La grande majorité des internes n'a pas d'enfants ($n=355$ soit 87,8%), avec une différence significative entre les 2 régions : 94% en Languedoc et 85% en Ile de France ($p=0,02$). La moyenne est de 0,12 enfant par interne. Le maximum est de 3 enfants.



31,6% des internes déclarent pratiquer une religion ($n=128$), avec une prédominance en région parisienne (35,1% contre 19,7% avec $p=0,008$).

d - Médecin traitant

38% des internes consultent un médecin traitant en cas de problème de santé (n=155).



Seulement 24% des internes languedociens ont déclaré un médecin traitant, contre 42% des internes parisiens (p=0,002).

3 - Situation professionnelle

a - Semestre

46% des internes sont en 3^e année d'internat (126 en 5^e semestre, et 61 en 6^e semestre).

18 internes sont en année T4 soit 4,4% de l'effectif.

La médiane est à 5, et la moyenne à 4,24. Les trois quarts des internes sont entre le 2^e et 5^e semestre.

Les internes languedociens sont plus jeunes que les parisiens : 49% des parisiens sont en 3^e année d'internat, et 40% en 2^e année contre respectivement 35% des languedociens et 46% (p=0,0009).

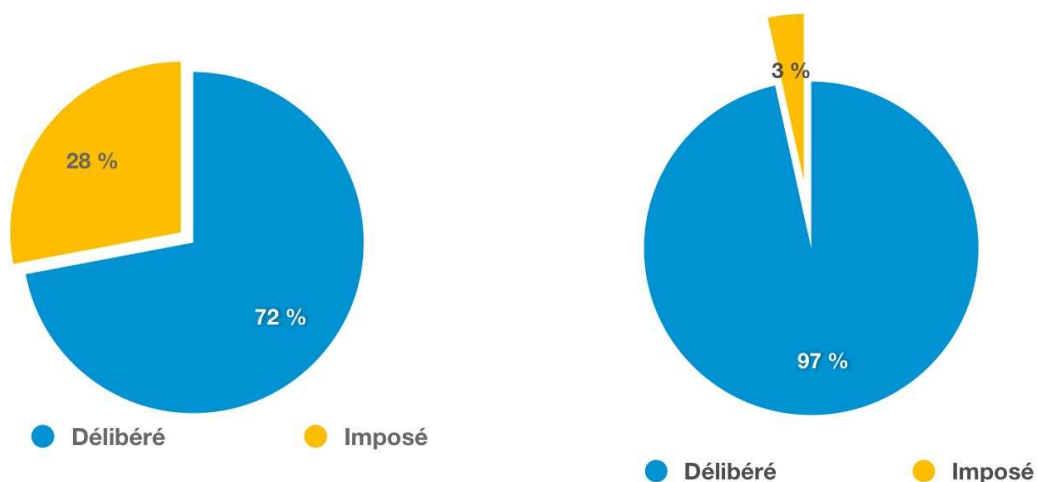
	2 ^e semestre	3 ^e semestre	4 ^e semestre	5 ^e semestre	6 ^e semestre	7 ^e semestre	8 ^e semestre
Languedoc	17	28	14	20	12	0	0
Ile-de-France	13	118	9	106	49	17	1

b - Droit au remord

2 internes ont fait un droit au remord, pour se tourner vers la médecine générale : un était initialement en spécialités chirurgicales, et l'autre en anesthésie réanimation. Ces deux internes sont en Ile de France.

c - Choix aux ECN

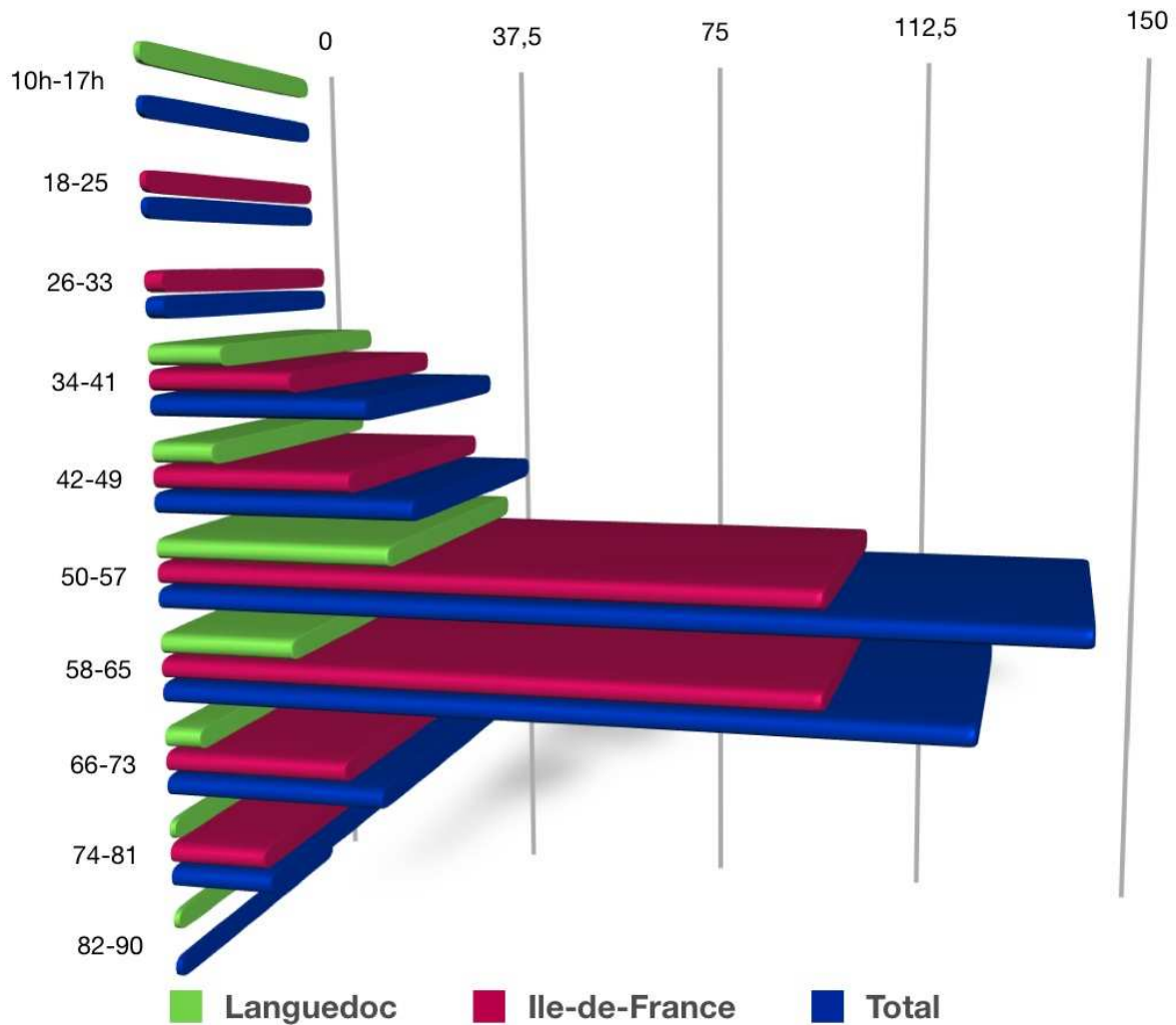
291 internes ont choisi leur spécialité de façon délibérée (soit 72%), et 96,6% (n=390) d'entre eux déclarent avoir choisi leur ville sciemment. Aucune différence n'a été mise en évidence entre les internes des 2 régions.



d - Charge de travail

➤ Volume horaire hebdomadaire

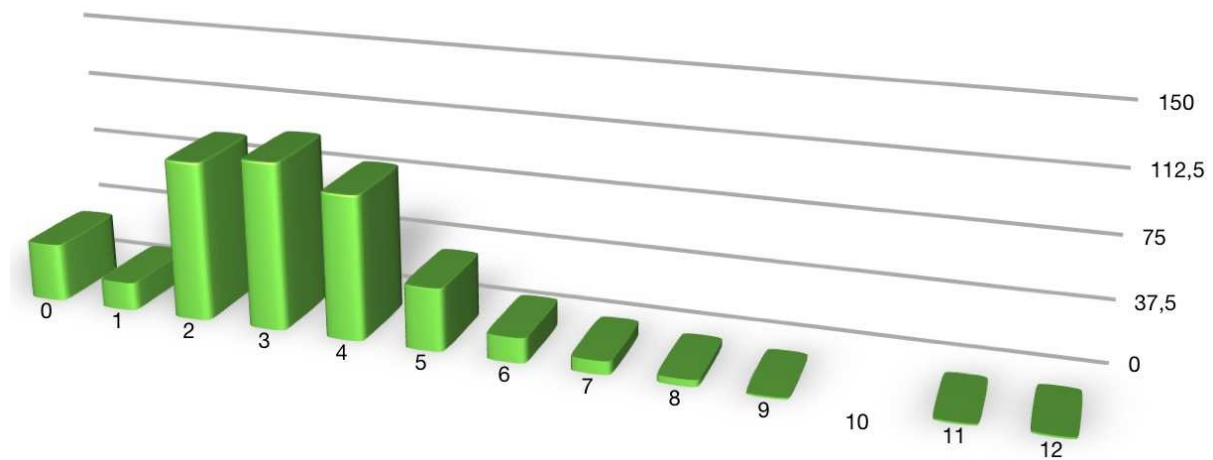
Les internes travaillent de 10 à 90 heures.



La médiane est à 55 heures et la moyenne à 54,96 heures par semaine. Les internes parisiens déclarent travailler plus que leurs collègues languedociens : près d'un interne parisien sur deux travaille plus de 58 heures par semaine (47,9%) contre un interne languedocien sur trois (32,9%), avec $p=0,0026$.

➤ Nombre mensuel de gardes

Les internes réalisent entre 0 et 12 gardes par mois.



La médiane est à 3 et la moyenne à 3,15.

47,3% des internes languedociens font plus de 3 gardes par mois, contre 35,8% de leurs homologues parisiens, mais cette différence n'est pas significative ($p=0,23$).

➤ Repos compensateur post-garde

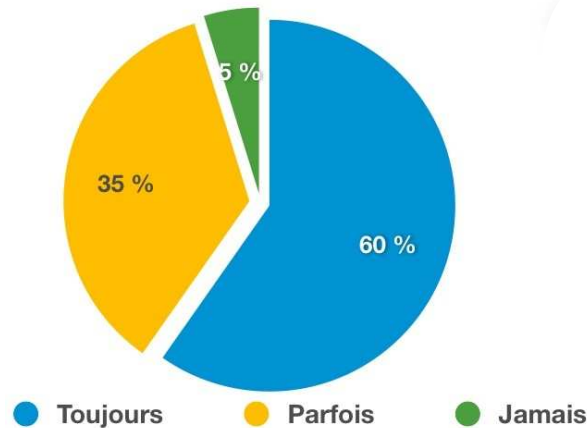
Il existe des données manquantes sur cette question, relatives au dysfonctionnement temporaire du site abritant le questionnaire.

En effet, la réponse de la question suivante annulait la réponse à celle-ci. Il y a donc 388 réponses au total.

90,2% des internes bénéficient du repos de sécurité le lendemain de garde, avec une tendance légèrement supérieure pour les parisiens ($p=0,07$).

➤ **Présence d'un senior lors des gardes**

Cette question a été rajoutée à la version html du questionnaire, donc ne concerne que les internes d'Ile de France.

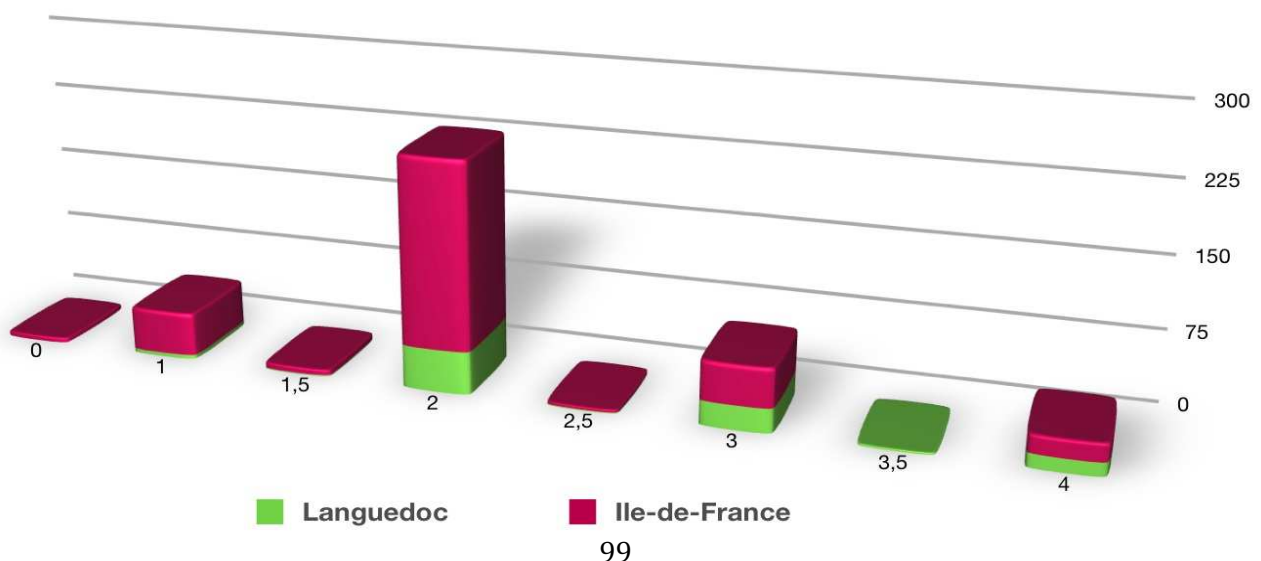


187 internes disent pouvoir « toujours » compter sur la présence d'un senior lors de leurs gardes (59,7%), 111 internes comptent « parfois » sur un senior (35,4%) et 15 internes ont répondu « jamais » (4,7%).

➤ **Nombre de week-end libres par mois**

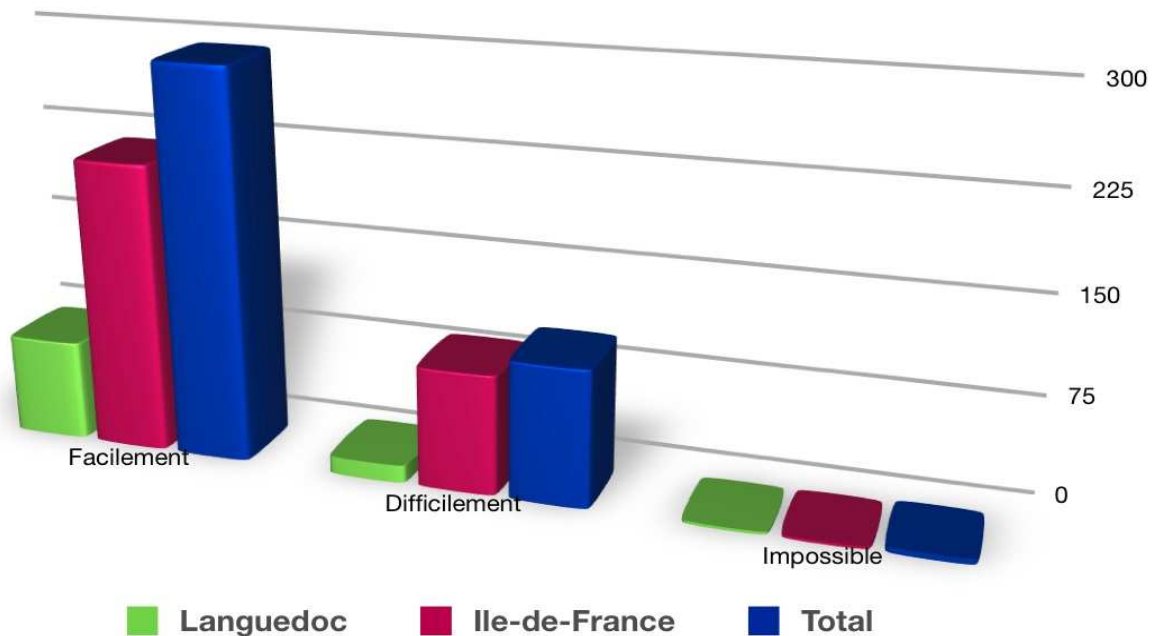
58,9% des internes déclarent avoir 2 week-end libres par mois, avec une prédominance pour les parisiens (61,9% contre 43,8%, avec $p < 0,0001$).

La médiane est à 2, et la moyenne à 2,28.



➤ **Prise de congés annuels**

73,2% des internes ont pu poser facilement leurs dates de congés annuels (soit n=296), contre 25,7% qui ont pu difficilement les poser (n=104), et 0,9% qui n'ont pas pu les poser (n=4).



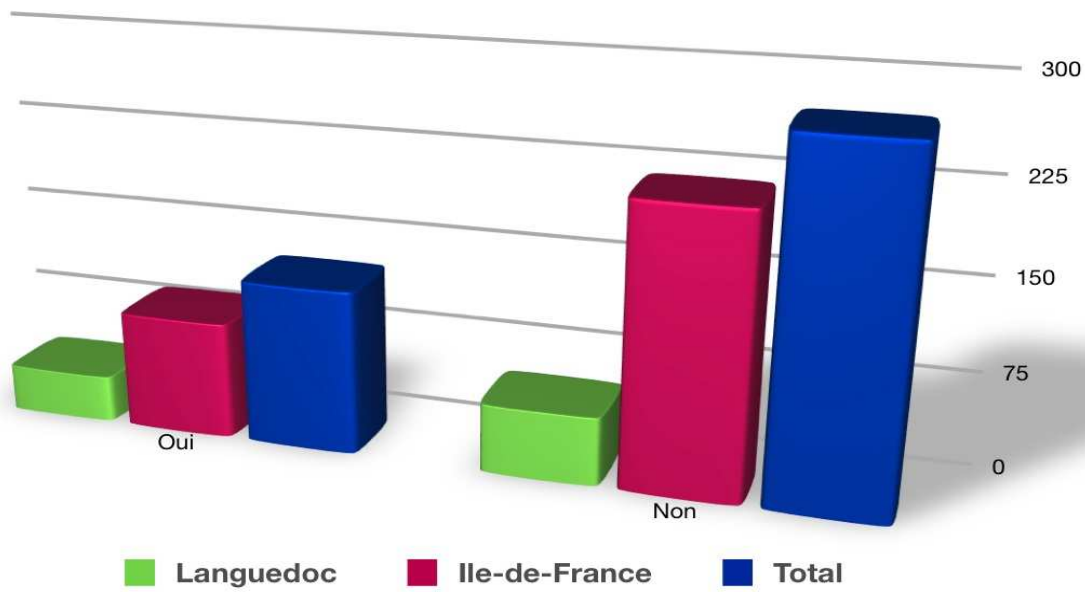
Les internes languedociens ont pu poser leurs vacances plus facilement que les parisiens (83,5% contre 70,2% avec $p=0,015$).

4 - Données personnelles

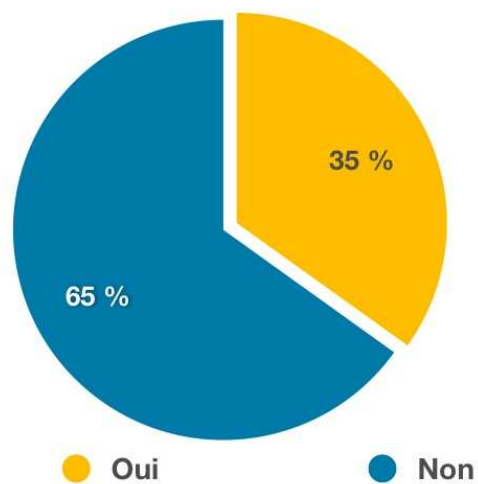
a - Ressenti par rapport au travail

➤ **Temps disponible**

67,8% des internes (n=274) ont l'impression de ne pas pouvoir consacrer suffisamment de temps à eux-mêmes et à leur entourage, avec une légère tendance pour les internes d'Ile de France (70,2% contre 59,3% avec $p=0,06$).

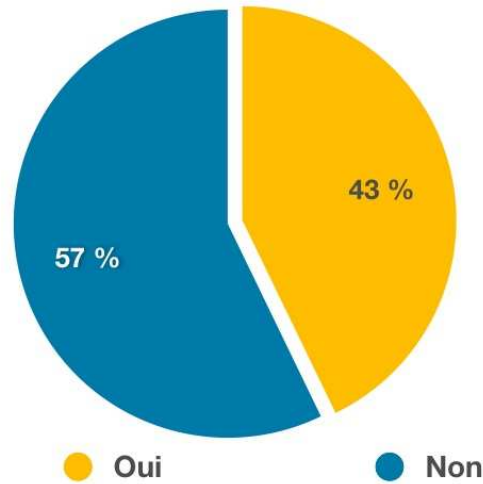


263 internes (65%) ont le sentiment de ne pas avoir suffisamment de temps disponible pour la formation personnelle (lecture d'articles, revues, congrès, DU). Aucune différence n'a été relevée entre les 2 régions.



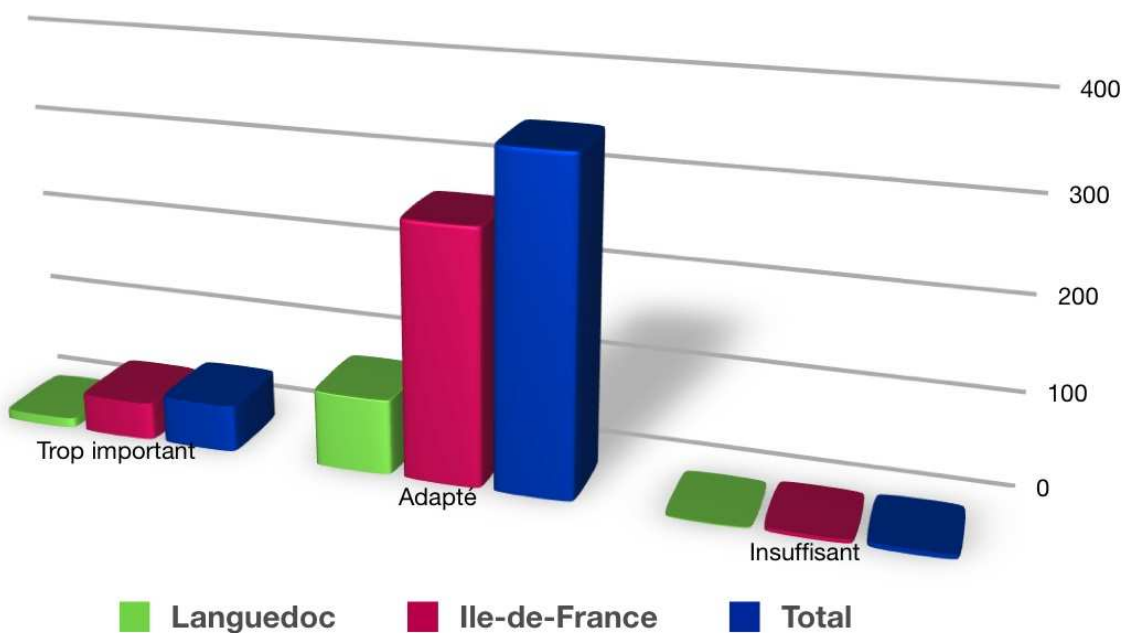
➤ Loisirs

42,8% des internes (n=231) déclarent pratiquer régulièrement un loisir (sport, musique, activité manuelle).

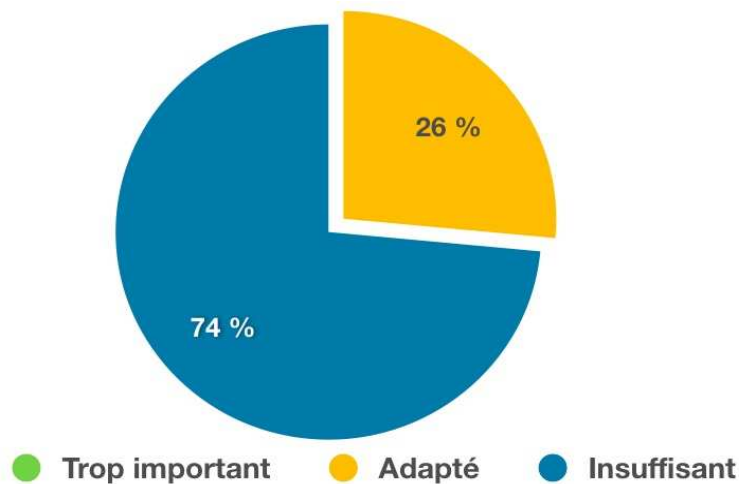


➤ Responsabilités et salaire

86,3% (n=349) des internes ont un niveau de responsabilité en stage qu'ils jugent adapté ; 12,3% (n=50) le trouvent trop important et 1,2% (n=5) insuffisant.



297 internes (soit 73,5%) trouvent qu'au regard de leur charge de travail et des responsabilités, leur salaire est trop faible, avec une prédominance ressentie en Ile de France (75,7% contre 65,9% avec $p=0,07$). 26,4% (n=107) le trouvent adapté. Aucun interne n'a répondu qu'il jugeait son salaire trop élevé.



b - Conduites addictives

➤ **Tabac**

28,7 % des internes (n=116) sont fumeurs : ils fument de 2 à 20 cigarettes par jour avec une moyenne de 6,32 cigarettes par jour. Il n'y a pas de différence entre les 2 régions étudiées.

➤ **Cannabis**

86,1% soit n=348 d'internes disent ne jamais consommer de cannabis, 7% (n=30) en consommer au moins une fois par an, 3,9% (n=16) au moins une fois par mois et 2,4% (n=7) au moins une fois par semaine (cf graphique page suivante).

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistique entre les 2 régions.

➤ **Drogues (cocaïne, amphétamines, héroïne, ecstasy)**

388 internes soit 96% déclarent ne jamais consommer de drogues. 1,7% (n=7) en consomment au moins une fois par an, 1,2% (n=5) au moins une fois par mois et 0,99% (n=4) au moins une fois par semaine.

Les 4 internes déclarant en consommer de façon hebdomadaire sont issus de la région d'Ile de France. Aucune différence statistique n'a néanmoins été mise en évidence.

➤ **Alcool**

225 internes (55,6%) déclarent ne jamais consommer d'alcool. 3,2% (n=13) disent en consommer au moins une fois par an, 14,1% (n=57) au moins une fois par mois et 26,9% (n=109) au moins une fois par semaine.

Les internes languedociens consomment plus fréquemment de l'alcool que leurs homologues parisiens (12% n'en consomment jamais contre 68% avec $p < 0,0001$).

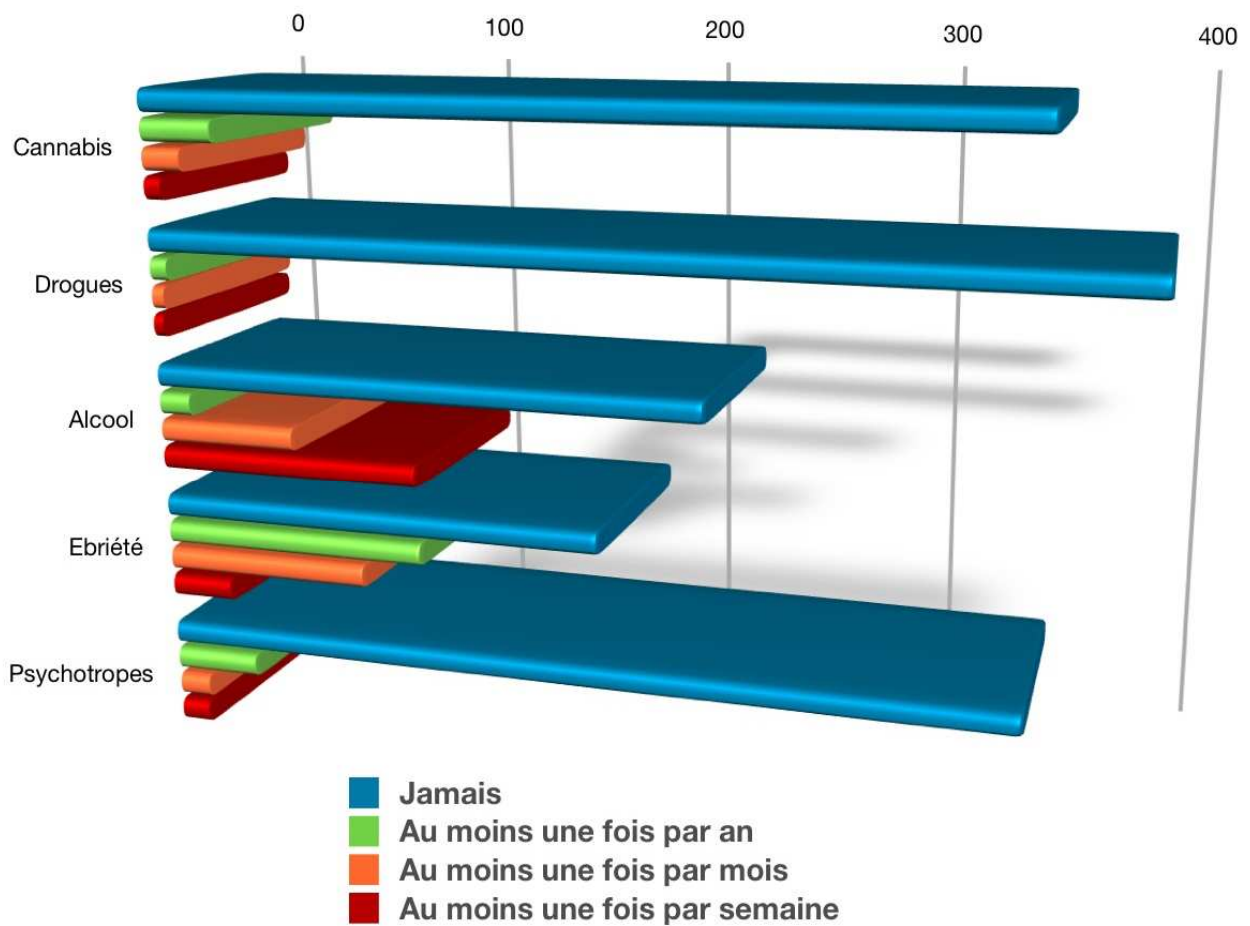
183 internes (45,2%) ne sont jamais en état d'ébriété. 110 (27,2%) le sont au moins une fois par an, 85 (21%) au moins une fois par mois et 26 (6,4%) au moins une fois par semaine.

Les internes languedociens déclarent un état d'ébriété plus fréquent que les parisiens (30% ne sont jamais ivres contre 49% avec $p = 0,05$).

c - Psychotropes

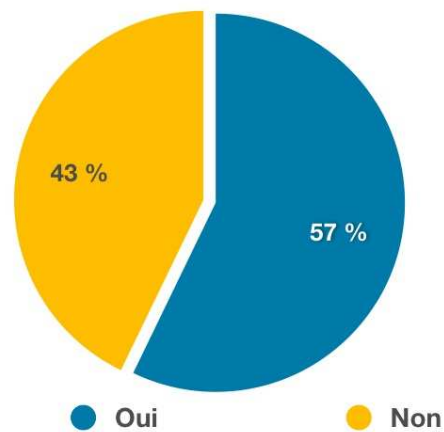
85,1% (n=344) des internes ne consomment jamais de psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères...). 8,6% (n=35) en consomment au moins une fois par an, 3,2% (n=13) au moins une fois par mois et 2,9% (n=12) au moins une fois par semaine.

Il s'agit d'automédication pour 81,1% des internes consommateurs, sans différence régionale.

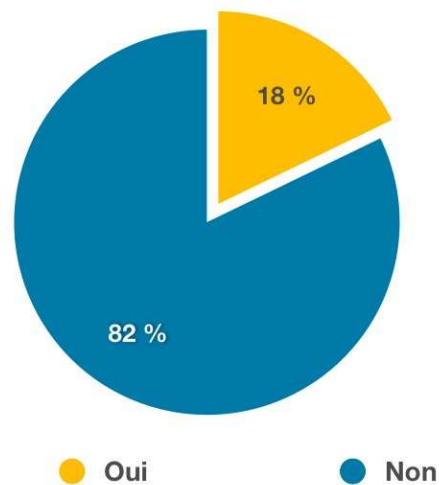


d - Troubles du sommeil et du comportement alimentaire

57,1% (n=231) des internes se plaignent de troubles du sommeil, sans différence entre l'Île de France et le Languedoc-Roussillon.



17,8% (n=72) déclarent souffrir de troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie...), avec une discrète tendance prédominant chez les internes parisiens non significative (p=0,07).



e - Statut psychologique

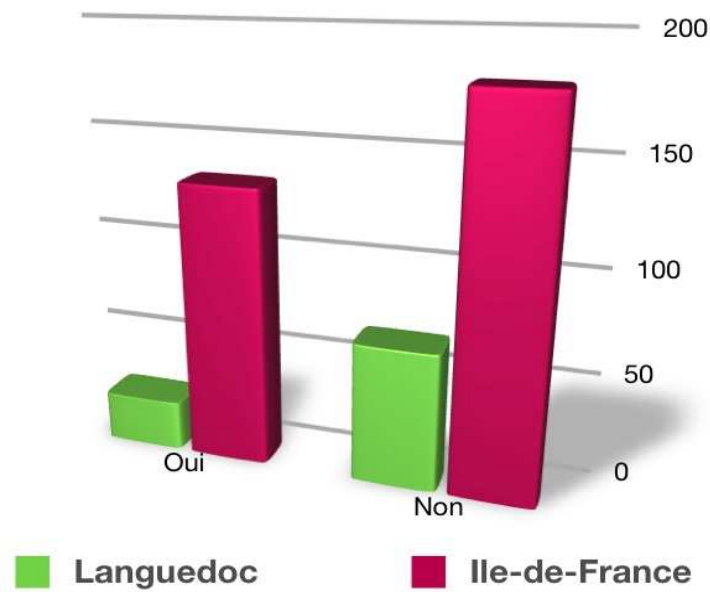
8,9% (n=36) des internes déclarent avoir eu un suivi psychologique ou psychiatrique depuis le début de l'internat, avec un taux supérieur chez les parisiens (p=0,03).

3,4% (n=14) ont eu un arrêt de travail pour raison psychologique ou psychiatrique, sans différence régionale.

4 internes parisiens déclarent avoir fait une tentative de suicide depuis le début de l'internat (0,99% avec p=0,57).

f - Regard sur les études médicales

157 internes (38,8%) ont déjà envisagé de changer d'orientation et de faire autre chose que des études médicales, avec une prédominance parisienne (42,4% contre 26% avec p=0,0079).



70% d'entre eux (n=283) referaient des études de médecine si c'était à refaire, sans différence régionale notable.

g - Connaissance du burn out

361 internes soit 89,3% disent avoir déjà entendu parler du concept de l'épuisement professionnel, les parisiens le connaissant étant plus nombreux (93,6% contre 74,7% avec $p < 0,0001$).

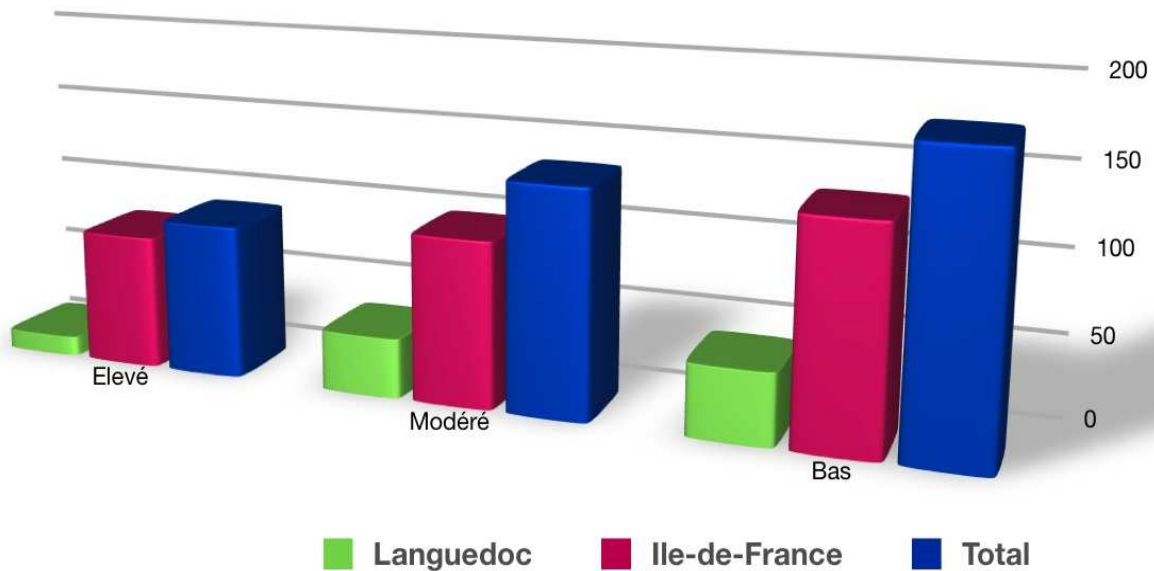
5 - Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale

a - Vue d'ensemble

Dimension		Épuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement personnel		
		élevé	modéré	bas	élevée	modérée	basse	bas	modéré	élevé
hommes	n	23	26	46	49	27	19	30	27	38
	%	24,2	27,3	48,4	51,5	28,4	20	31,5	28,4	40
femmes	n	70	110	129	108	89	112	114	105	90
	%	22,6	35,5	41,7	34,9	28,8	36,2	36,8	33,9	29,1
Ile de France	n	81	100	132	125	80	108	104	107	102
	%	25,8	31,9	42,1	39,9	25,5	34,5	33,2	34,1	32,5
Languedoc Roussillon	n	12	36	43	32	36	23	40	25	26
	%	13,1	39,5	47,2	35,1	39,5	25,2	43,9	27,4	28,5
total	n	93	136	175	157	116	131	144	132	128
	%	23	33,6	43,3	38,8	28,7	32,4	35,6	32,6	31,6

b - Epuisement émotionnel

43,3% des internes (n=175) ont un score bas d'épuisement émotionnel, 33,6% (n=136) un score modéré et 23% (n=93) un score élevé.



La moyenne est à 20,55 (+/- 10,09) , ce qui correspond à un niveau modéré d'épuisement émotionnel.

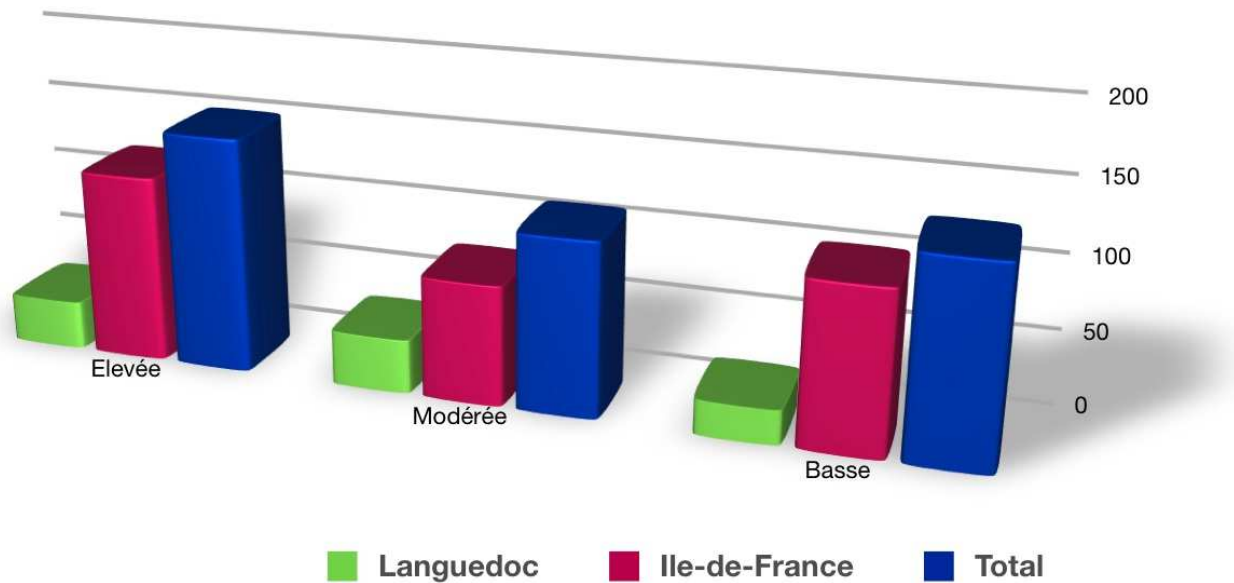
Les scores vont de 0 (épuisement émotionnel bas) à 54 (niveau élevé).

75% des internes ont une valeur inférieure à 27, c'est-à-dire un épuisement bas ou modéré.

Les internes parisiens sont plus épuisés que les languedociens (25,8% présentent un score élevé d'épuisement contre 13,1% avec $p=0,02$).

c - Dépersonnalisation

131 internes (32,4%) présentent un score bas de dépersonnalisation, 116 (28,7%) un score modéré et 157 (38,8%) un score élevé.

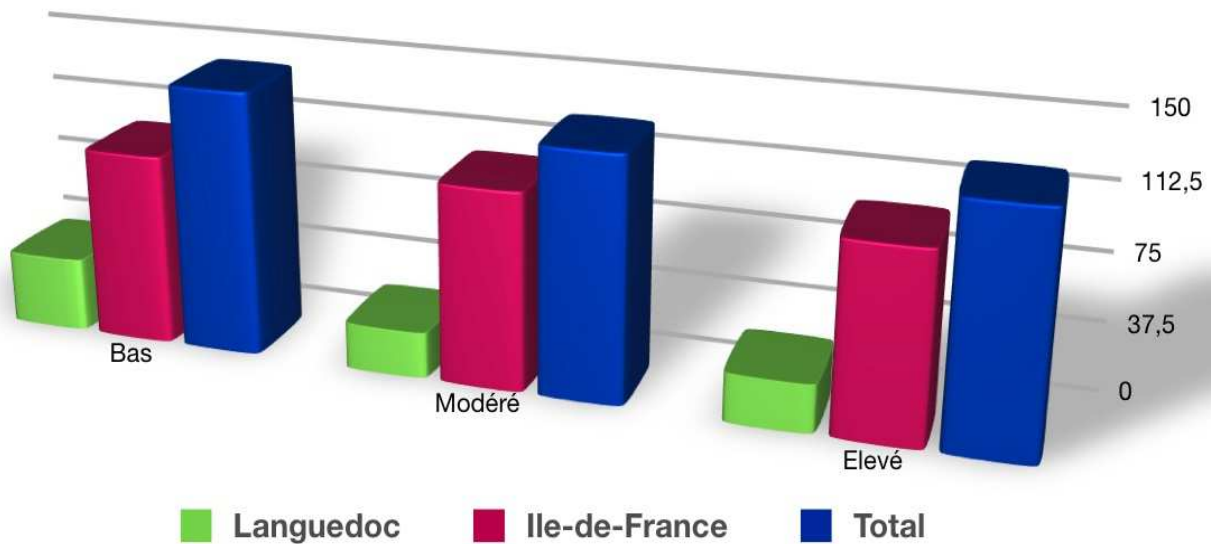


Les scores vont de 0 à 28 avec une moyenne à 9,45 (+/- 6,18) ce qui correspond à un niveau modéré de dépersonnalisation.

Les internes parisiens apparaissent plus dépersonnalisés que leurs compagnons languedociens (39,9% ont un score élevé contre 35,1% avec $p=0,03$), mais nous remarquons que ces derniers sont plus nombreux à présenter un score modéré de dépersonnalisation, et que finalement les parisiens sont plus nombreux à avoir un niveau de dépersonnalisation basse.

d - Accomplissement personnel

128 internes (31,6%) ont un taux élevé d'accomplissement personnel, 132 (32,6%) un niveau modéré et 144 (35,6%) un taux bas.



Les scores s'échelonnent de 11 (niveau bas) à 48 (niveau élevé) et la moyenne est à 35,11 (+/- 6,26) ce qui correspond à un niveau modéré d'accomplissement personnel.

Rappelons qu'un score « élevé » d'accomplissement personnel correspond à un stade « bas » de burn out, et qu'au contraire un score « bas » d'accomplissement correspond au stade « élevé » de burn out.

Aucune différence n'a été mise en évidence entre les 2 régions.

e - Corrélation entre les trois dimensions

Une relation entre les dimensions du burn out a été recherchée par la technique des nuages de points (cf annexe 2).

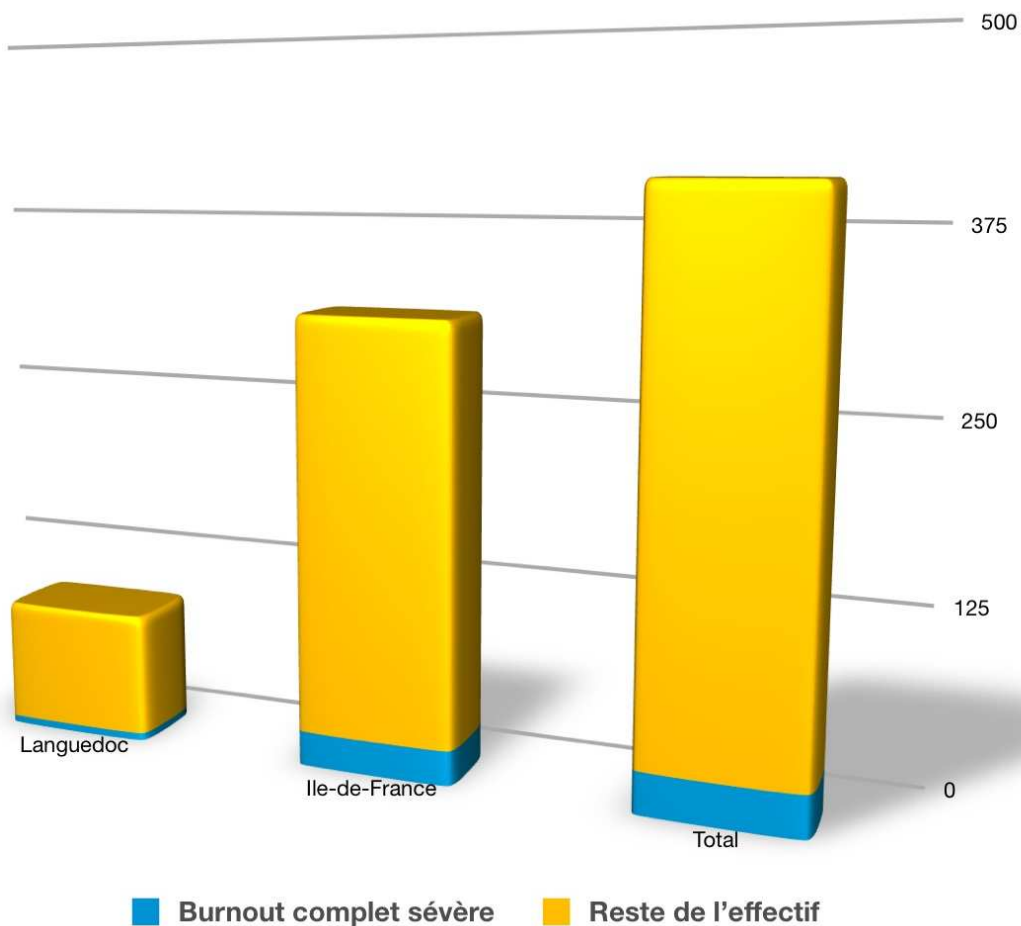
L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ne semblent pas corrélés de manière significative. Le coefficient de corrélation (0,50) retrouve une relation discrètement positive entre ces deux dimensions ($p < 0,0001$).

Les graphiques représentant les valeurs de l'accomplissement personnel en fonction de celles de l'épuisement émotionnel ou de la dépersonnalisation ne retrouvent pas de relation entre ces dimensions.

f - Burn out sévère complet

Il est défini par un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et par un score bas d'accomplissement personnel.

29 internes (7,1%) présentent un burn out sévère.

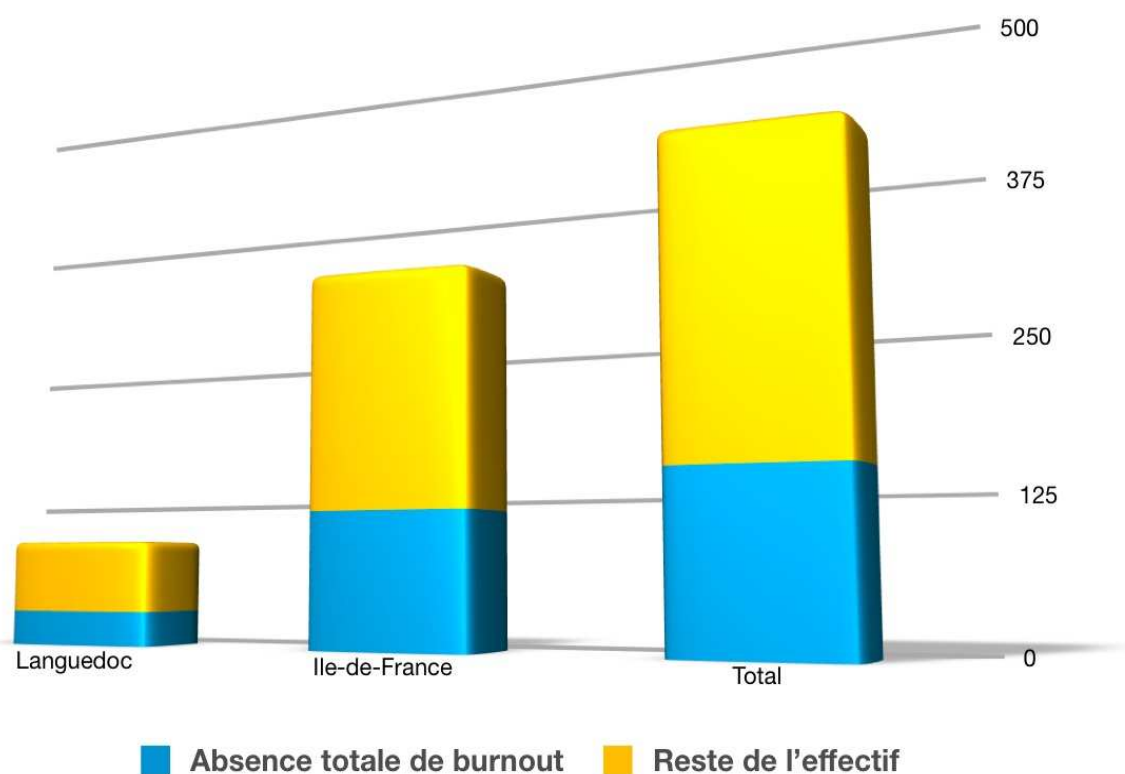


Il n'y a pas de différence significative entre les internes parisiens et les internes languedociens.

g - Absence de burn out

Elle est définie par des scores bas d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et par un accomplissement personnel élevé.

145 internes soit 35,8% ne présentent aucun signe de burn out, sans différence régionale mise en évidence.



h - Scores pathogènes

77 internes (19%) présentent un score élevé à au moins deux dimensions du burn out.

33 internes (8,1%) ont un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. 82 internes (soit 20,2%) ont un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation.

6 - Recherche de facteurs associés au burn out

Nous avons choisi d'étudier les facteurs associés à chaque dimension du burn out au stade sévère, au burn out complet sévère et à l'absence totale de burn out.

Pour ce faire, une régression logistique multivariée en pas à pas descendant a été réalisée. La première étape consiste en une analyse univariée pour sélectionner les variables associées à chaque composante du burn out étudiée, de façon significative avec $p < 0,20$. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

Les valeurs colorées correspondent à une valeur de $p < 0,20$: jaune pour les valeurs $< 0,01$, bleu pour les valeurs entre 0,01 et 0,05 et orange pour les valeurs comprises entre 0,05 et 0,20.

Paramètres	EE	D	AP	BO sévère	Absence BO
Age	0,59	0,038	0,56	0,87	0,59
Sexe	0,86	0,0053	0,34	0,99	0,37
Statut marital	0,95	0,47	0,77	0,98	0,99
Nb enfants	0,25	0,53	0,86	0,38	0,45
Vivre seul	0,12	0,67	0,52	0,70	0,99
Religion	0,20	0,54	0,71	0,33	0,99
Semestre	0,75	0,12	0,47	0,60	0,48
Choix spécialité	0,69	0,89	0,043	0,30	0,82
Choix ville	0,034	0,55	0,57	0,07	0,77
Vol horaire	<0,0001	0,038	0,91	0,0014	0,13
Nb gardes	0,089	0,38	0,49	0,017	0,79
Repos	0,22	0,16	0,97	0,81	0,014
Senior	0,42	0,69	0,69	0,86	0,46

Nb WE libres	0,0008	0,017	0,20	0,045	0,47
Congés	<0,0001	0,0012	0,32	<0,0001	0,17
Médecin traitant	0,24	0,79	0,63	0,34	0,99
Temps libre	<0,0001	0,48	0,10	0,0016	0,0010
Loisirs	0,0015	0,57	0,025	0,021	0,078
Formation	<0,0001	0,11	0,014	0,0021	0,0025
Responsabilité	0,00043	0,32	0,11	<0,0001	0,57
Salaire	0,0004	0,97	0,092	0,16	0,095
Tabac	0,83	0,92	0,92	0,46	0,92
Cannabis	0,058	0,27	0,44	0,60	0,35
Alcool	0,024	0,88	0,35	0,30	0,71
Ebriété	0,77	0,025	0,47	0,33	0,19
Drogues	0,47	0,36	0,38	0,25	0,87
Psychotropes	0,0008	0,028	0,82	0,0025	0,50
Prescription psychotropes	0,010	0,13	0,88	0,025	0,70
Tb sommeil	0,0003	0,071	0,23	0,021	0,016
TCA	0,0058	0,22	0,23	0,029	0,085
Suivi psy	0,61	0,99	0,42	0,73	0,60
Arrêt travail	0,0052	0,99	0,096	0,070	0,086
TS	0,22	0,64	0,13	0,027	0,99
Chgt orientation	<0,0001	0,0003	<0,0001	0,0011	<0,0001
Refaire médecine	<0,0001	0,0002	0,0071	0,0002	0,0004
Connaissance du BO	0,09	0,68	0,11	0,99	0,99

La seconde étape est une analyse multivariée permettant d'identifier les variables liées aux composantes du burn out (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel au stade sévère, burn out complet sévère et absence de burn out) de façon significative et indépendamment les unes des autres, avec un seuil de significativité à 5%.

Les variables quantitatives ont préalablement été transformées en variables qualitatives, avec un seuil arbitrairement fixé.

Les résultats sont exposés dans le tableau suivant :

Les valeurs <0,01 sont surlignées en jaune.

Paramètres	EE	D	AP	BO sévère	Absence BO
Age		0,030			
Sexe		0,0005			
Volume horaire	0,0005				
Nb gardes				0,0001	
Repos					0,014
Nb WE libres		0,0031			
Prise congés	0,0004	0,017		0,0005	
Temps libre	0,0083				
Loisirs					
Formation	0,0038		0,011	0,011	0,0005
Responsabilités				0,0002	

Alcool	0,048				
Ebriété		0,0023			
Psychotropes				0,011	
Tb sommeil	0,0106	0,029			
Arrêt travail	0,0025				
Chgt orientation	0,0024		<0,0001		<0,0001
Refaire médecine		0,0002		0,0005	

Nous allons maintenant détailler l'ensemble des résultats démontrés ci-dessus pour chaque dimension étudiée.

a - Facteurs liés à l'épuisement émotionnel

Paramètres	p	OR	IC 95%
Volume horaire	0,0005	1,052	1,022-1,083
Prise congés	0,0004	2,770	1,576-4,869
Temps libre	0,0083	3,203	1,350-7,603
Formation	0,0038	2,777	1,390-5,548
Alcool	0,048	0,570	0,326-0,997
Tb sommeil	0,0106	0,454	0,248-0,832
Arrêt travail	0,0025	0,108	0,026-0,458
Chgt orientation	0,0024	0,428	0,247-0,741

p : significativité que OR≠1

OR : odds-ratio

IC : intervalle de confiance à 95% (borne inférieure et borne supérieure)

L'épuisement émotionnel est lié au manque de temps, qu'il soit personnel ou professionnel : 91% des internes épuisés ont le sentiment de ne pas pouvoir consacrer suffisamment de temps à leur entourage et 84,9% des internes épuisés considèrent n'avoir pas assez de temps pour leur formation. 49,4% des internes souffrant d'épuisement émotionnel n'ont pas pu déposer leurs congés librement.

Le nombre d'heures travaillées par semaine est un facteur d'épuisement émotionnel : 91,3% des internes épuisés travaillent plus de 50 heures par semaine, et 58% travaillent plus de 58 heures.

L'absence de consommation d'alcool semble être un facteur protecteur d'épuisement émotionnel, ainsi que l'absence de troubles du sommeil : en effet 74,1% des internes épuisés disent connaître des troubles du sommeil.

Le fait d'avoir eu un arrêt de travail pour cause psychologique, et d'avoir envisagé de changer d'orientation sont liés à l'épuisement émotionnel, mais peuvent être considérés comme étant plutôt des conséquences que des causes de celui-ci.

L'âge ne semble pas lié à l'apparition de l'épuisement émotionnel ($p=0,59$), ni le semestre ($p=0,75$) ou le fait d'avoir des enfants ($p=0,25$).

Le sexe n'influe pas sur l'épuisement émotionnel ($p=0,86$).

b - Facteurs liés à la dépersonnalisation

Paramètres	p	OR	IC 95%
Age	0,0308	0,862	0,753-0,986
Sexe	0,0005	0,397	0,236-0,667
Nombre WE libres	0,0031	0,435	0,251-0,756
Prise congés	0,0178	1,804	1,107-2,938
Ebriété	0,0023	2,023	1,287-3,180
Sommeil	0,0299	0,603	0,382-0,952
Refaire médecine	0,0002	2,453	1,523-3,950

Les individus les plus jeunes sont plus à risque de dépersonnalisation : en effet, les internes atteints de dépersonnalisation sont âgés en moyenne de 26,7 ans contre 27,1 ans pour les internes non dépersonnalisés.

Le sexe masculin est lié à la dépersonnalisation : en effet, 51,5% des hommes interrogés souffrent de dépersonnalisation sévère contre 34,9% des femmes.

Le nombre de week-ends libres est lié à la dépersonnalisation : 82,8% des internes dépersonnalisés ont entre 1 et 2 week-ends libres.

Le fait de ne pas pouvoir poser ses congés facilement est lié à la dépersonnalisation : 36,3% des internes dépersonnalisés n'ont pas réussi à poser leurs vacances librement.

Le fait de ne pas connaître d'état d'ébriété serait protecteur envers la dépersonnalisation, tout comme l'absence de troubles du sommeil.

Enfin, le fait de ne pas refaire médecine si c'était à refaire est lié à la dépersonnalisation.

c - Facteurs liés à l'accomplissement personnel

Paramètres	p	OR	IC 95%
Formation	0,011	1,802	1,144-2,838
Chgt orientation	<0,0001	0,414	0,271-0,633

Le sentiment de ne pouvoir jouir d'un temps suffisant pour sa formation favorise une baisse de l'accomplissement personnel.

Le fait de n'avoir jamais envisagé de changer d'orientation professionnelle serait lié à un fort accomplissement personnel.

d - Facteurs liés à l'absence totale de burn out

Paramètres	p	OR	IC 95%
Repos post-garde	0,0145	2,812	1,227-6,443
Formation	0,0005	2,241	1,423-3,527
Chgt orientation	<0,0001	0,336	0,210-0,536

Bénéficiaire du repos compensateur le lendemain d'une garde est un facteur lié à l'absence de burn out, tout comme considérer avoir assez de temps pour compléter sa formation personnelle.

Le fait de n'avoir jamais envisagé de reconversion professionnelle est liée à une absence de burn out.

e - Facteurs liés au burn out complet sévère

Paramètres	p	OR	IC 95%
Nb gardes	0,0001	1,646	1,278-2,121
Prise congés	0,0005	5,234	2,073-13,214
Formation	0,0115	9,624	1,662-55,720
Responsabilité	0,0002	5,843	2,288-14,921
Psychotropes	0,0116	3,586	1,330-9,668
Refaire médecine	0,0005	5,572	2,132-14,560

Le nombre de gardes mensuel est lié à la survenue d'un burn out complet sévère : le risque augmente de 1,6 fois à chaque garde supplémentaire.

La difficulté de poser ses congés annuels est un facteur de burn out : 62% des internes en burn out complet n'ont pas pu prendre leurs vacances librement.

Ne pas avoir suffisamment de temps pour approfondir sa formation personnelle est associé au burn out complet.

Avoir le sentiment de disposer d'un niveau de responsabilité insuffisant est lié au burn out complet.

Consommer régulièrement des psychotropes est lié au burn out complet sévère, ainsi que ne pas vouloir refaire médecine si c'était à refaire.

III - Discussion

A - Limites et biais de l'étude

1 - Liés aux modalités de l'étude

L'étude a été réalisée sur le semestre d'hiver, période qui peut favoriser un sentiment de découragement, de dépression saisonnière due au manque de lumière, et une sensation de surcharge de travail par rapport au semestre d'été.

A contrario, certains internes ont pu connaître un stage d'été difficile, car désorganisé à cause des congés et du surplus de travail ; et commencer leur stage d'hiver fatigués et démotivés.

Le burn out pourrait être plus fréquent en hiver, mais seule une étude longitudinale pourrait trancher. Nous avons réalisé une étude transversale, ne permettant pas de conclure à une évolution du burn out selon la saison.

La durée de l'étude a été de 6 mois, ce qui est long et peut conduire à des impressions différentes des internes, qu'ils se trouvent en début ou fin de stage. Le ressenti peut changer selon que l'individu ait répondu au mois de novembre, ou au contraire au mois d'avril.

Tout comme la période de l'année, le stage en cours peut jouer sur la diversité des réponses : le stage chez le praticien apparaît comme plus agréable que les stages hospitaliers³⁹, car exempt de gardes et d'astreintes de week-end et se rapprochant de l'exercice futur des internes en médecine générale. Le volume horaire est généralement moindre qu'à l'hôpital. Ainsi, nous pouvons imaginer qu'un même interne puisse avoir un ressenti et donc des réponses différentes selon le stage pratiqué.

La recherche de facteurs associés au burn out nous a permis d'en identifier certains, mais il faut rester prudent quant à l'interprétation des résultats car une étude transversale a été réalisée et ne permet pas d'établir de lien de causalité, mais peut néanmoins donner une orientation sur les facteurs liés au burn out.

2 - Liés au matériel

Le questionnaire utilisé pour les internes de Languedoc-Roussillon a été réutilisé pour les internes de la région Ile de France afin de pouvoir obtenir un plus grand échantillon et également pour comparer les réponses des deux régions. Ainsi, aucune modification n'a pu être apportée – seule la question « présence d'un senior lors des gardes » a été rajoutée, car jugée intéressante à étudier parmi les autres interrogations que nous avons.

La méthode de l'auto-questionnaire amène un biais évident : la subjectivité des réponses. Un interne en burn out, résigné et refusant d'admettre sa souffrance peut minimiser ses réponses. A l'inverse, un interne fatigué et voulant montrer sa lassitude ou ses revendications peut exagérer l'intensité de son ressenti.

La consommation de toxiques peut également avoir été minimisée par les internes.

Une sous-estimation du burn out peut également être suspectée : nous pouvons fort bien imaginer qu'un interne épuisé n'ait pas le courage de prendre dix minutes pour répondre à un questionnaire portant sur sa condition au travail, et donc que les résultats trouvés sous-estiment la prévalence du burn out.

La méthode d'envoi de mails invitant les internes à répondre au questionnaire peut être critiquable : en effet, les internes ne se connectent pas forcément tous les jours à leur messagerie électronique, par manque de temps ou bien de moyens (ordinateur, serveur Internet...).

Ainsi, tous les internes de médecine générale n'ont peut-être pas été touchés par cette enquête.

Un dernier aspect important à souligner est la difficulté à obtenir l'accord et la coopération des différentes facultés de la région d'Ile de France, avec 2 d'entre elles restées silencieuses pour l'étude.

3 - Liés aux zones géographiques étudiées

Les deux régions étudiées dans cette étude sont attractives pour les internes, comme en témoigne leur choix lors de l'amphi de garnison où chacun choisit sa région et sa spécialité. Il s'agit ici d'un biais de sélection.

L'Ile de France est privilégiée pour son pôle de compétences réunies sur une petite surface géographique : les hôpitaux parisiens, et ceux de périphérie sont accessibles quotidiennement par transport via la capitale, sans envisager de déménagement à chaque changement de stage tous les six mois. Les internes peuvent envisager d'étudier et de se former dans des services d'excellence et à la pointe des avancées technologiques ou scientifiques, avec des professionnels expérimentés voire reconnus de façon internationale dans leur spécialité.

Le Languedoc Roussillon est également fortement choisi par les internes : pour son confort et cadre de vie avec l'héliotropisme, l'attrait touristique évident, les possibilités de détente après le travail, ainsi que pour les différents CHU présents dans plusieurs grandes villes de la région.

Une comparaison du burn out entre deux régions choisies préférentiellement par les internes peut paraître désuète : peut-être aurait-il fallu privilégier une région plutôt « boudée » par les internes lors du choix, pour ainsi mettre en évidence une différence liée aux choix imposés par leur classement à l'ECN.

4 - Liés au MBI

La version française traduite par Fontaine a été validée pour évaluer le burn out³⁵.

Néanmoins, la traduction a été réalisée par une équipe québécoise, et certains termes peuvent différer de la langue française.

Pour illustrer, la question n°18 « Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades » peut être mal interprétée par les internes, et ainsi sous estimer l'accomplissement personnel.

L'autre critique que nous pouvons relever concernant le MBI est la polémique qui anime la société scientifique, quant au nombre de dimensions caractérisant le burn out. Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux auteurs pensent que le noyau du syndrome est représenté par l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ; et que l'accomplissement personnel ne serait qu'une donnée secondaire ou un trait de personnalité, et de ce fait, ne représenterait pas une dimension de l'épuisement professionnel^{25, 107}.

Lourel a réalisé une méta-analyse en 2007 qui va dans le sens des auteurs proposant un modèle à deux dimensions : il a en effet démontré une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais une hétérogénéité des études démontrant un lien entre l'accomplissement personnel et l'une des deux autres dimensions¹⁰⁷.

Enfin, le MBI peut être utilisé à tort comme un outil de dépistage^{21, 45}. Le burn out n'étant une variable dichotomique mais continue, le MBI permet simplement d'orienter sur l'existence d'un épuisement professionnel. Autre remarque, les points de césure ont été établis sur un échantillon nord-américain en bonne santé et leurs valeurs peuvent être critiquées quant à la sous estimation du burn out ou à la généralisation auprès d'autres populations ayant des cultures différentes^{94, 147}.

5 - Liés au concept de burn out

Comme nous l'avons vu, le syndrome est difficilement définissable, car chaque dimension a son importance et est classée en niveau bas, modéré ou élevé.

La principale difficulté est d'interpréter correctement les résultats obtenus. Il n'existe pas de définition nous permettant de trancher entre l'existence ou absence de burn out. Chaque dimension peut évoluer et varier différemment des autres, rendant le syndrome encore plus complexe et dynamique.

Certains auteurs pensent qu'un niveau élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation suffit pour évoquer un burn out, tandis que d'autres prennent le parti d'étudier les individus présentant des scores élevés aux trois sous dimensions^{7, 45,}

¹⁶⁰.

Il faut rester vigilant sur l'interprétation des résultats car selon les critères choisis, le taux d'épuisement professionnel varie considérablement.

Ainsi dans leur étude de 2008, Legassie trouve 12,5% d'individus atteints de burn out en reprenant la définition de scores élevés aux trois dimensions. Ce chiffre passe à 56% si l'on considère un niveau élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation⁹⁵.

Nous avons fait le choix de rechercher les facteurs associés au stade sévère de chacune des trois dimensions du burn out et de ne pas intégrer les scores modérés, alors que ces derniers sont déjà pathologiques pour certains auteurs. Retenons que la prévalence du burn out dépend de la définition retenue pour chaque étude.

Notre interprétation des résultats doit rester prudente car n'établit pas de diagnostic de burn out, mais permet de nous orienter sur son existence chez les internes de médecine générale et de tenter d'en étudier les facteurs associés.

6 - Points positifs

Malgré de nombreux biais, cette étude a été chaleureusement accueillie par les internes d'Ile de France.

Le fort taux de participation est un facteur confirmant cet aspect, ainsi que la coopération des différentes facultés de la région.

De nombreux internes se sont manifestés via la messagerie électronique, pour souligner avant tout leur satisfaction d'être enfin étudiés et écoutés ; ceci étant probablement le signe d'un manque de reconnaissance. D'autres ont simplement voulu témoigner sur le sujet, en émettant des encouragements. Nous avons également reçu des mails provenant d'internes d'autres spécialités, et même d'autres régions, attestant de l'intérêt que porte la population des internes sur le sujet de la souffrance au travail.

B - Interprétations de l'étude

1 - Description de l'échantillon

a - Caractéristiques socio-démographiques

Notre échantillon est composé de 91 internes de médecine générale en région Languedoc Roussillon, et de 313 internes de médecine générale d'Ile de France.

Il est composé de 76,4% de femmes (n=309) et de 23,5% d'hommes (n=95), ce qui confirme la féminisation de la profession retrouvée dans d'autres études^{21, 42, 79}. L'étude réalisée en 2006 chez les internes de médecine générale en région parisienne retrouvait 62,6% de femmes, tandis que la nôtre retrouve 78,5% de femmes, montrant la poursuite du phénomène⁶⁶.

L'âge moyen des répondants est de 26,94 ans, ce qui correspond à l'âge d'un interne en troisième et dernière année d'internat.

Moins de la moitié des internes est célibataire (43%), taux similaire retrouvé dans d'autres études menées chez les internes français^{21, 42, 66}. Néanmoins nous retrouvons une différence notable quant à la moyenne nationale : 40,9% des hommes et 33,8% des femmes de la population générale se déclarent « célibataires » selon une étude menée en 2009 par l'INSEE, terme qui regroupe à la fois les personnes réellement seules et celles vivant en concubinage⁷⁷.

12,1% des internes sont parents avec une moyenne de 0,12 enfant par interne, chiffres retrouvés dans les autres études réalisées chez les internes, mais toutefois inférieurs aux données nationales (l'âge moyen de maternité en 2010 est de 30 ans)⁷⁸.

Cette donnée est compatible avec le taux élevé de célibat dans la population des internes, conséquence de longues études et d'instabilité professionnelle.

31,6% des internes déclarent pratiquer une religion, ce qui semble inférieur aux données nationales : une étude réalisée en 2004 par le CSA retrouvait 64,4% des 25-34 ans déclarant pratiquer une religion²⁶.

Seuls 38% des internes ont déclaré un médecin traitant, taux bien inférieur aux 85% des français qui disaient en avoir déclaré un dans une étude menée en 2008⁵. Ce taux bas est classique chez les médecins (10% de généralistes en 2006)⁵⁹, car ils ont pour la majorité d'entre eux recours à l'automédication ou à l'avis direct d'un spécialiste, avec le risque d'une consultation rapide donnée par un confrère, ou encore ils négligent leurs problèmes de santé en gardant à l'esprit l'image modèle du médecin qui ne tombe jamais malade. L'âge relativement jeune des internes, et par extension leur bon état de santé, explique également le fait qu'ils consultent rarement un médecin.

Ce chiffre soulève le problème des soins relatifs aux médecins : 55% des généralistes considèrent avoir un mauvais suivi médical. En effet, il n'existe aucune entité en France permettant aux médecins de consulter librement sans avoir la sensation d'être jugé par un confrère et de pouvoir être pris en charge correctement. Notre pays est en retard sur ce qu'il se passe aux Etats-Unis ou au Canada : en effet, il existe des dispositifs d'attention pour les médecins malades avec des unités cliniques spéciales pour personnel médical, composés de professionnels de santé habitués à soigner des médecins. Des recommandations pour prendre en charge des médecins souffrant de pathologie mentale ont également été émises. Fort heureusement, plusieurs unités de suivi d'addictions ou de pathologies psychiatriques se développent dans notre pays.

Le Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) a mis en évidence ce retard manifeste de la France, et ses missions reposent sur la réflexion, la concertation et la négociation avec la profession médicale européenne : « [il faut] veiller aux professionnels de santé, au moyen de services spécifiques. »

b - Caractéristiques professionnelles

Les trois quarts des internes se trouvent entre le 2^e et le 5^e semestre, avec une majorité d'internes en troisième année d'internat (5^e et 6^e semestre), soit en fin de cursus. L'avantage est qu'ils ont déjà une certaine expérience professionnelle car ils sont passés par plusieurs stages avec des horaires et des organisations différentes. Ils ont ainsi un certain recul sur leur statut particulier et ont pu développer des stratégies d'adaptation leur permettant de surmonter la pression extérieure, ou au contraire un état d'épuisement a pu s'installer insidieusement et progressivement au cours de leur cursus. Il s'agit donc d'une population présentant un grand intérêt d'étude.

72% des internes ont choisi leur spécialité de manière délibérée semblable aux 70,8% des résidents parisiens, et 96% ont choisi leur ville d'affectation. Ces données confirment l'attractivité des deux régions étudiées, qui sont choisies parmi les premières

par les internes, ce qui présuppose que ceux-ci ont été plutôt bien classés à l'Examen National Classant. Ils ont ainsi eu la chance de choisir leur future spécialité, ce qui n'est pas forcément le cas pour tous les internes.

La charge de travail est en moyenne de 54,96 heures travaillées par semaine, ce qui équivaut environ aux 52,8 heures retrouvées dans l'étude des résidents parisiens en 2006. Les internes languedociens travaillent en moyenne 52,77 heures contre 56,44 heures pour les parisiens ($p=0,0026$).

Le volume horaire varie de 10 à 90 heures hebdomadaires, ce qui est colossal. Il est difficile de concevoir le stage qu'effectue l'interne qui effectue 10 heures de travail par semaine, peut-être un stage très allégé chez un praticien ? Il est intéressant de souligner la variabilité extrême que peut connaître la charge de travail d'un même interne selon le stage qu'il pratique. Cela peut en effet souligner le manque d'effectif dans certains services, ce qui contraint l'interne à travailler davantage, et à terme s'épuiser.

Les internes effectuent en moyenne 3,15 gardes par mois, ce qui semble cohérent avec les résultats trouvés dans plusieurs études réalisées chez les internes de médecine générale : 3,7 gardes en Ile de France, et entre 3 et 4 gardes mensuelles pour la moitié des internes bordelais^{42, 66}.

Le repos compensateur post-garde est pour la majorité des internes respecté car ils sont 90,2% à en bénéficier, chiffre comparable aux 80,8% des internes parisiens en 2006, ou 89% des internes de psychiatrie³.

La question rajoutée pour la version parisienne du questionnaire concernant la présence d'un senior lors des gardes nous permet de constater qu'une grande majorité d'internes peut « toujours » compter sur l'expérience et l'avis d'un médecin senior (59,7%), tandis que 35,4% peut « parfois » compter sur lui et 4,7% « jamais ». Cette question est intéressante et met l'accent sur le sentiment d'isolement des internes lors des gardes,

qui constituent un exercice particulier de leur profession. En effet, ils se retrouvent dans un service d'accueil des urgences où l'ambiance et le rythme de travail peuvent différer d'un service d'hospitalisation classique avec un climat de stress permanent, et ceci durant la nuit après leur journée de travail habituelle. Il en ressort une fatigue évidente, et le fait de se sentir épaulé ou accompagné par un médecin senior s'avère ici primordial pour l'interne. L'absence de senior peut accroître le sentiment de pression et de stress de l'interne⁴², qui se retrouve seul pour gérer des urgences qu'il n'a jamais traitées auparavant, parfois même jamais vues en pratique, avec la peur de ne pas réussir à prendre en charge correctement ses patients. L'accumulation des gardes dans ce contexte éprouvant peut engendrer un épuisement ou une déshumanisation voire un véritable burn out^{39, 139}.

Les internes ont en moyenne 2,28 week-ends libres par mois leur permettant de s'octroyer du temps pour eux-mêmes et pour leur entourage, source d'épanouissement personnel.

58,9% des internes bénéficient d'au moins 2 week-ends libres, ce qui est assez confortable. Nous avons noté une différence significative entre les 2 régions, avec 61,9% des parisiens déclarant avoir au minimum 2 week-ends libres contre 43,81% des languedociens.

Un quart des internes sondés ont eu des difficultés pour poser leurs dates de congés annuels, et seulement 0,9% n'ont pas réussi à les prendre. Ce sont des chiffres assez élevés voire inquiétants car la prise de repos et de vacances est salvatrice pour chaque individu, et le fait de ne pas pouvoir les prendre délibérément peut apporter une tension supplémentaire à l'interne, qui finit par s'épuiser. Il a été démontré que le repos prévient l'épuisement professionnel, mais une fois que ce dernier s'est développé, les vacances n'ont plus d'effet réparateur. Il est ainsi fondamental de permettre à chacun de poser ses congés quand il le souhaite, afin de ne pas rajouter de stress qui pourrait aboutir à un burn out.

c - Caractéristiques personnelles

➤ Vie personnelle et ressenti

Comme nous l'avons vu, la majorité des internes a le sentiment de ne pas disposer d'assez de temps pour sa vie personnelle et sa formation professionnelle.

Or il est capital de préserver un temps minimal pour se ressourcer auprès de ses proches ou pour la pratique de loisirs divers afin de s'accomplir personnellement. Parallèlement, la formation de l'interne lui permet de compléter la pratique apprise en stage et de développer son expertise médicale.

42,8% pratiquent régulièrement un loisir. Il a été démontré que les loisirs protègent du burn out, comme par exemple l'activité sportive^{42, 66, 99, 177, 179}.

La majeure partie des internes juge son niveau de responsabilité en stage « adapté ». Les trois quarts d'entre eux pensent que leur salaire est insuffisant, aux vues de leur temps de travail et de leurs responsabilités, chiffre confirmant d'autres études^{21, 79}. Pour illustrer, prenons le salaire d'un interne de 3^e année d'internat qui effectue 3 gardes par mois (évalué ainsi à 2100€ mensuels), divisé par le volume horaire moyen retrouvé dans notre étude : le taux horaire peut être évalué entre 8,04€ et 8,50€ contre un taux à 9,00€ pour le SMIC au 1^{er} janvier 2011 en France.

➤ Conduites addictives

Notons que le taux d'internes fumeurs est comparable aux données nationales¹⁰.

Concernant le cannabis, environ 6% d'internes en consomment au moins une fois par mois, ce qui est discrètement inférieur aux études antérieures menées chez les internes, et 14% en consomment au moins une fois par an. Les chiffres de l'observatoire national des drogues et des toxicomanies retrouvent que 12% des hommes et 5,4% des femmes âgés de 15 à 64 ans en consomment au moins une fois par an. Ces données sont

difficilement comparables, mais nous pouvons retenir que la consommation de cannabis chez les internes est légèrement supérieure à la population générale.

2% des internes avouent consommer des drogues « dures » au moins une fois par mois, et 4% au moins une fois par an. Les données françaises retrouvent moins de 1% des individus âgés de 26 à 44 ans ayant consommé de la cocaïne, de l'ecstasy ou autre produit illicite dans l'année¹². Nous pouvons ainsi remarquer que les internes de médecine générale ont une consommation de stupéfiants plus élevée que la population générale, avec des risques non négligeables pour leur santé mais aussi pour la prise en charge de leurs patients.

Près de 15% des internes consomment des psychotropes (antidépresseurs, somnifères, anxiolytiques), contre 19% des adultes français selon une étude de 2005 de l'INPES¹². L'automédication est majoritaire (81,1%), et déjà retrouvée dans plusieurs études.

Un quart des internes déclare consommer de l'alcool au moins une fois par semaine, et 40% au moins une fois par mois. Ces chiffres sont inférieurs à ceux retrouvés dans d'autres études et également à ceux de la population française : 60% et 48% respectivement¹¹.

54% des internes sont en état d'ébriété au moins une fois dans l'année, et 27% une fois par mois. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans la population générale.

Nous retrouvons ainsi une consommation plus régulière et plus importante d'alcool chez les internes de médecine générale que dans le reste de la population, et nous pouvons nous demander comment ils consomment : est-ce une consommation festive ou isolée, à visée anxiolytique ?

➤ **Recherche de relation entre l'alcool et les données personnelles**

Ces taux de consommation nous ont alertés, et nous ont incités à étudier si certains facteurs personnels étaient plus ou moins liés à ces taux.

Pour les états d'ébriété, nous avons uniquement retrouvé l'âge : les internes les plus jeunes sont plus fréquemment ivres ($p=0,01$). Aucun autre facteur n'est associé, notamment pas le sexe ni la charge de travail. Par contre, les internes ayant des états d'ébriété au moins une fois par an ont une consommation de cannabis occasionnelle ($p<0,0001$).

Comme dans l'étude de L. Cauchard²¹, nous retrouvons un lien entre fréquence d'état d'ébriété et dépersonnalisation élevée. Les autres dimensions du burn out ne sont pas significativement associées aux états d'ébriété. Ainsi, la dépersonnalisation représenterait le premier moyen de défense contre l'état d'épuisement professionnel chez ces internes plus jeunes qui consomment de l'alcool et du cannabis probablement à visée anxiolytique. Il faut néanmoins rester très prudent quant à l'interprétation de ces résultats, car nous ne pouvons établir de relation causale entre ces facteurs. Mais ces données pourraient permettre de cibler certains internes à risque pour des actions d'information et de prévention, avant qu'un véritable état de burn out ne s'installe chez eux.

Il est intéressant de souligner que la population des internes en médecine générale consomme des substances psychoactives de façon plus importante que la population générale, avec toutefois une consommation de psychotropes légèrement inférieure. L'alcool et le cannabis constituent un champ important de la prise en charge des addictions par le médecin généraliste, et il peut sembler contradictoire qu'un médecin lui-même victime de conduites addictives puisse prendre en charge des patients connaissant les mêmes souffrances.

➤ **Troubles du sommeil et relation avec les données personnelles**

Plus de la moitié des internes de notre étude (57,1%) souffre de troubles du sommeil, quelle que soit la nature (insomnie, hypersomnie, parasomnies). C'est supérieur aux différents résultats retrouvés dans d'autres études^{21, 42}, et bien supérieur aux taux de la population générale⁷⁶. Le rythme de travail, les horaires irréguliers et le travail de nuit

avec les gardes peuvent expliquer l'importance des troubles du sommeil chez les internes.

Ces taux alarmants nous ont de nouveau incités à rechercher des facteurs associés aux troubles du sommeil : il apparaît que les femmes sont plus touchées que les hommes ($p=0,0024$). Ne pas disposer d'assez de temps pour son entourage ($p=0,0003$), ne pas pratiquer de loisir ($p=0,011$), ou encore de ne pas avoir de temps à consacrer à sa formation personnelle ($p=0,032$) sont associés à l'existence de troubles du sommeil. Un niveau inadapté de responsabilité est également lié aux troubles du sommeil ($p=0,0032$). La consommation de psychotropes est liée positivement à l'existence de troubles du sommeil ($p<0,0001$) : 12,8% des internes souffrant de troubles du sommeil consomment des psychotropes au moins une fois par an contre 1,9% des internes n'ayant pas de difficulté à dormir. Cette relation paraît logique si l'on pense aux hypnotiques, mais il faut garder à l'esprit que notre question ouverte sur les psychotropes portait également sur l'usage des antidépresseurs ou des anxiolytiques, substances pouvant être utilisées dans certaines pathologies psychiatriques qui entraînent irrémédiablement des troubles du sommeil. Pour illustrer, l'existence de troubles du sommeil est fortement associée à l'existence d'un trouble du comportement alimentaire ($p<0,0001$), ou au fait d'avoir eu un suivi psychologique ou psychiatrique durant l'internat ($p=0,014$).

L'âge, la charge de travail ou les autres comportements à risque n'ont pas de lien avec les troubles du sommeil.

Concernant les dimensions du burn out, l'existence de troubles du sommeil est liée au stade sévère d'épuisement émotionnel ($p=0,0003$), mais pas à la dépersonnalisation sévère ($p=0,07$) ni à l'accomplissement personnel bas ($p=0,27$). Ces résultats trouvent une certaine logique dans la dynamique du burn out car les troubles du sommeil font partie des symptômes caractérisant l'épuisement émotionnel, et peuvent se retrouver aggravés chez un sujet épuisé.

➤ TCA et relation avec les données personnelles

17,8% des internes déclarent avoir un trouble du comportement alimentaire (TCA), ce qui paraît nettement plus élevé que dans la population française et même que dans différentes études antérieures^{21, 42, 111}. Les femmes représentent sans surprise la part majoritaire des internes atteints de TCA, à savoir 90,2%. 21% des femmes de notre échantillon souffrent de TCA, contre 7,3% des hommes.

L'âge, la charge de travail et le nombre de week-ends libres ne sont pas liés aux TCA. Par contre le fait de n'avoir pu poser ses congés annuels est associé à l'existence de TCA ($p=0,0009$), tout comme le manque de temps ($p=0,032$), ou le niveau inadapté de responsabilités ($p<0,0001$). Aucune conduite addictive n'est associée aux TCA, hormis celle de psychotropes ($p=0,0075$).

27,7% des internes souffrant de TCA ont un suivi psychologique ou psychiatrique ($p<0,0001$) et 55,5% des internes ayant un suivi psychologique déclarent souffrir de TCA. 11,1% des internes atteints de TCA ont déjà bénéficié d'un arrêt de travail pour raisons psychiatriques, et 57,1% des internes ayant déjà été arrêtés pour raisons psychiatriques souffrent de TCA. Sur les 4 internes ayant déjà tenté de mettre fin à leurs jours durant l'internat, 3 ont un TCA.

Ces résultats alarmants confirment une fois de plus la prise en charge médicale insuffisante des internes.

L'existence de TCA est associée à un état d'épuisement émotionnel ($p=0,0058$) : 36,1% des internes souffrant de TCA sont épuisés. Les troubles du comportement alimentaire ne sont pas liés à la dépersonnalisation ($p=0,22$) ni à l'accomplissement personnel ($p=0,29$), résultats discordants avec l'étude montpelliéraine de 2008.

En résumé, les femmes de notre étude ayant un TCA souffrent du manque de temps, de reconnaissance avec des responsabilités inadaptées, de n'avoir pu profiter de leurs congés annuels et sont inévitablement épuisées. Il serait intéressant que des études complémentaires s'intéressent plus précisément aux détails des troubles du comportement alimentaire dans la population des internes ainsi qu'aux facteurs associés.

➤ **Statut psychologique**

8,9% des internes ont bénéficié durant l'internat d'un suivi psychologique ou psychiatrique, 3,4% ont eu un arrêt de travail pour raisons psychiatriques et 0,99% (soit 4 internes) à avoir fait une tentative de suicide. Ces données sont inférieures à celles retrouvées à Bordeaux ou en Ile de France en 2006, mais restent néanmoins préoccupantes par rapport à l'importance des troubles psychiatriques retrouvés chez la population des internes dans la littérature^{42, 66, 122}.

➤ **Choix d'orientation**

38,8% des internes de notre étude ont déjà envisagé de changer d'orientation, avec une nette prédominance pour les internes parisiens (42%), taux comparable à l'étude parisienne de 2006. Les internes montpelliérains seraient plus heureux de leur sort que leurs collègues parisiens.

70% rechoisiraient médecine, ce qui laisse tout de même quasiment un interne sur trois qui ne referait pas ces études. Ce résultat soulève de nombreuses interrogations concernant le parcours et la motivation réelle de l'interne qui ne referait pas médecine, et ses choix quant à l'avenir et à la prise en charge de ses patients^{9, 66, 101}.

➤ **Connaissance du burn out**

89,3% des internes sondés connaissent le concept de burn out ce qui est nettement supérieur aux anciennes études, et nous rassure quant à l'information des internes qui sont de plus en plus nombreux à être sensibilisés au phénomène de l'épuisement professionnel. La prévention passe par l'information : les études menées dans plusieurs années nous confirmeront si les messages de prévention sur le burn out ont été efficaces chez les internes, ou plus largement chez les médecins.

2 - Evaluation du burn out chez les internes

a - Comparaison avec des études antérieures

	IdF – Languedoc 2010-11	<i>Languedoc</i> 2008	Bordeaux 2008	Strasbourg 2007	Nantes* 2007-08	IdF 2006	Aquitaine 2005	Tours 2000
EPUISEMENT EMOTIONNEL (%)								
MOYENNE	20,55	18,68		19,8	19,72	22,1		
BAS	43,3	47,9	38,9	46,6	44	35,7	53	36
MODERE	33,6	41,4	40,3	34,2	39	40,2	29	36
ELEVE	23	10,7	20,8	19,2	17	24,1	18	28
DEPERSONNALISATION (%)								
MOYENNE	9,45	9,62		10,4	9,76	10,6		
BASSE	32,4	27	19,5	29,2	28	20,9	22	39
MODEREE	28,7	36,3	32,7	32,3	37	37,1	39	33
ELEVEE	38,8	36,7	47,8	38,5	35	42	39	28
ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL (%)								
MOYENNE	35,11	33,64		37,4	37,38	33,7		
ELEVE	31,6	49,3	45,9	21,7	22	22,5	33	39
MODERE	32,6	30,2	33,3	34,3	36	28,9	31	28
BAS	35,6	20,5	20,8	44	42	48,6	36	33
SCORES DE BURN OUT(%)								
BO COMPLET SEVERE	7,1	4,2	0,6	4	3,5			
PAS DE BO	35,8	5,6	4,4					
EE + D ELEVES	8	6						

*pourcentages approximatifs

En reprenant le tableau établi par L. Cauchard²¹, nous pouvons commencer par comparer les résultats obtenus à notre étude à ceux d'études antérieures menées également chez les internes de médecine générale, hormis celle de Montpellier de 2008 regroupant les internes de toutes spécialités et indiquée en italique ci-dessus.

Il faut rester délicat dans la comparaison de ces résultats car les données n'ont pas forcément été interprétées et traitées de la même manière.

Les internes de notre étude ont un épuisement émotionnel moyen à 20,55 et 23% d'entre eux ont un stade sévère d'épuisement, taux discrètement inférieurs à ceux des résidents d'Ile de France en 2006, mais néanmoins dans la moyenne des différentes valeurs des autres études.

La dépersonnalisation moyenne est à 9,45 et 38,8% des internes présentent un stade sévère, pourcentage parmi les plus bas comparé aux 47,8% des bordelais et 42% des parisiens.

35,6% des internes présentent un taux bas d'accomplissement personnel, loin des 48,6% des parisiens mais également des 20,8% des bordelais.

Le taux de burn out complet sévère est de 7,1% et nettement supérieur aux 0,6% ou 4,2% retrouvés antérieurement. Y aurait-il une progression du phénomène ? Ces internes pouvaient présenter depuis une période plus ou moins longue des scores pathologiques à chacune des trois dimensions et se sont aggravés au cours du temps pour présenter un véritable burn out sévère.

A contrario, nous avons un taux record d'internes présentant une absence totale de burn out : un interne sur trois de notre échantillon présente des scores bas dans les trois dimensions. Ce résultat surprenant peut être expliqué par une plus grande connaissance de l'existence du burn out, avec une meilleure prévention et une information plus complète permettant de limiter le développement d'un état d'épuisement professionnel chez les internes.

Ainsi, notre étude retrouve à la fois un taux plus élevé de burn out sévère, mais également un taux plus important d'absence totale de burn out. Ces résultats nous prouvent une fois encore la complexité et le dynamisme du concept qui peut évoluer fortement au cours du temps. Il paraît ici fondamental de poursuivre l'information et la sensibilisation de chacun à ce phénomène, afin d'en empêcher sa propagation.

b - Corrélation entre les trois dimensions

Il est intéressant de constater la grande variabilité de prévalence du burn out chez les internes selon la définition retenue.

Si nous reprenons la définition reposant sur les stades sévères de chacune des dimensions, nous arrivons à un taux de 7,1%. Ce taux augmente légèrement à 8% si nous retenons uniquement les internes présentant un état sévère d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et 20,2% s'ils présentent l'un ou l'autre. Si les stades modérés sont considérés également comme pathologiques, 56,6% des internes présentent un épuisement émotionnel et 67,5% ont un score pathologique de dépersonnalisation.

La prévalence est multipliée par 10 si la définition change !

Comme nous l'avons étudié auparavant, nous avons retrouvé une faible corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais aucune entre ces dernières et l'accomplissement personnel. Ce résultat va dans le sens d'autres études qui préconisent d'étudier le burn out à travers l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation^{7, 21, 39, 45, 107, 160}. Nous avons néanmoins choisi d'étudier le burn out sévère à travers les trois dimensions initiales car le degré de corrélation retrouvé est relativement faible, et il nous a semblé plus pertinent d'associer l'accomplissement personnel aux deux composantes-clé du syndrome au sein d'une population qui privilégie de plus en plus sa qualité de vie.

3 - Facteurs associés au burn out

a - Facteurs associés à l'épuisement émotionnel

L'âge et le sexe ne sont pas liés à l'épuisement dans notre enquête, contrairement à d'autres études qui ont retrouvé que les femmes et les sujets les plus jeunes étaient plus fragiles et sujets à l'épuisement^{21, 31, 42, 66, 109, 114}.

Nous retrouvons une association avec un sentiment de **surcharge de travail**, facteur déjà identifié dans plusieurs études ; plus précisément avec le volume horaire ($p=0,0005$). La sensation de **ne pas avoir assez de temps** pour soi, son entourage ou pour sa formation est également fortement lié à l'épuisement émotionnel (respectivement $p=0,0083$ et $p=0,0038$), ainsi que le fait de ne pas avoir pu poser ses congés annuels ($p=0,0004$).

Notre enquête retrouve donc des facteurs déjà connus associés à l'épuisement émotionnel : la sensation d'avoir une charge de travail trop importante et de ne pouvoir disposer d'assez de temps pour se ressourcer^{3, 18, 21, 42, 109, 114, 168}.

L'existence de **troubles du sommeil** est liée à l'épuisement émotionnel ($p=0,010$), ainsi que la **consommation d'alcool** ($p=0,048$). L'alcool a déjà été étudié dans plusieurs études qui n'ont pas retrouvé de lien significatif avec l'épuisement émotionnel^{21, 42, 66, 109}. La question posée dans l'enquête ne permettait pas d'avoir de précision sur cette consommation, mais nous pouvons supposer qu'il s'agit d'une conséquence de l'épuisement même si notre étude transversale ne nous permet pas d'établir de lien de cause à effet.

Enfin, les deux derniers facteurs liés à l'épuisement émotionnel sont les **arrêts de travail** pour raisons psychologiques ($p=0,0025$) et le fait d'avoir **envisagé un changement d'orientation** ($p=0,0024$), et nous apparaissent clairement comme étant plutôt des conséquences de l'épuisement.

b - Facteurs associés à la dépersonnalisation

Le **sexe masculin** est fortement lié à la dépersonnalisation ($p=0,0005$) et confirme les résultats trouvés dans plusieurs études^{3, 21, 42, 163, 166}. Cette association peut s'expliquer par le fait que les femmes ont une relation plus empathique et plus affective avec leurs patients que les hommes, qui ont une pratique plus instrumentale et ainsi moins d'implication personnelle^{163, 166}.

L'**âge jeune** est associé à une dépersonnalisation plus sévère ($p=0,030$), probablement comme moyen de protection contre un état de burn out naissant. Les plus jeunes n'ayant pas encore acquis d'expérience ou de recul sur leur profession sont plus fragiles et déshumanisent la relation avec leurs patients. Cette donnée n'est pas retrouvée dans d'autres études^{18, 21, 49}.

La dépersonnalisation est liée à un sentiment **de manque de temps**, plus précisément avec le nombre de week-end libres par mois ($p=0,0031$) et le fait de n'avoir pas pu poser ses congés annuels ($p=0,017$). L'absence d'**état d'ébriété** et l'absence de **troubles du sommeil** semblent protéger de la dépersonnalisation (respectivement $p=0,0023$ et $p=0,029$), résultats déjà identifiés dans d'autres travaux²¹.

Ne **pas envisager de refaire des études de médecine** si c'était à refaire est liée significativement à la dépersonnalisation ($p=0,0002$), mais peut être interprété comme étant une conséquence de celle-ci.

c - Facteurs associés à l'accomplissement personnel

Notre étude n'a retrouvé que deux facteurs liés de façon significative à la diminution de l'accomplissement personnel : ne pas **avoir suffisamment de temps** à consacrer à ses proches ($p=0,011$) et le fait de n'avoir **jamais envisagé de changement d'orientation** ($p<0,0001$).

L'explication la plus simple est que l'accomplissement personnel est une donnée très subjective, et que les facteurs identifiés comme enrichissants pour certains ne le sont pas forcément pour d'autres. Ainsi cette variabilité interindividuelle ne permet pas d'identifier de façon précise des agents fortement liés à l'accomplissement personnel.

Néanmoins la sensation de ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à son entourage a déjà été retrouvée dans de nombreuses études, et se comprend aisément comme étant le seul facteur que nous avons identifié comme associé à un faible niveau d'accomplissement personnel.

d - Facteurs associés à l'absence totale de burn out

Près d'un interne sur trois dans notre échantillon présente une absence totale de burn out, ce qui est un résultat surprenant mais très positif car probablement la conséquence d'une information et d'une prévention qui se développent.

Bénéficier du **repos compensateur** protège du burn out ($p=0,014$), ainsi que de n'avoir **jamais envisagé de réorientation professionnelle** ($p<0,0001$). Pouvoir s'accorder du temps pour sa **formation personnelle** est également liée à une absence de burn out ($p=0,0005$).

Ces résultats sont intéressants et vont dans le sens des données déjà connues : pouvoir profiter de temps pour soi, son entourage ou sa formation protégerait de l'épuisement professionnel car permettrait de se ressourcer et d'approfondir ses connaissances médicales, ce qui diminuerait le sentiment de stress lié au travail. Contrairement à ce que nous avançons précédemment, le fait de connaître le concept de burn out ne protège pas de celui-ci, mais permet de connaître les symptômes annonciateurs de l'épuisement et de le prévenir.

Certaines associations retrouvées dans la littérature n'apparaissent pas dans notre étude de manière significative : être parent, avoir déclaré un médecin traitant ($p=0,24$ avec l'épuisement émotionnel et $p=0,34$ pour l'absence de burn out).

e - Facteurs associés au burn out complet sévère

29 internes de notre échantillon (soit 7,1%) présentent des scores élevés aux trois dimensions. Nous avons choisi délibérément cette définition car il nous a semblé que l'étude de facteurs associés à cet état serait intéressante et pourrait aboutir à l'élaboration d'un profil d'internes à risque de développer un état d'épuisement professionnel complet sévère.

Le burn out sévère est lié de façon significative au **nombre de gardes** ($p=0,0001$), à la **prise contrariée de congés annuels** ($p=0,0005$) et au fait de **ne pas avoir assez de temps pour sa formation personnelle** ($p=0,011$). Ce sentiment de manque de temps ou de surcharge de travail corrobore les données retrouvées lors de l'analyse de l'épuisement émotionnel ou de la dépersonnalisation.

Un **niveau de responsabilité inadapté** en stage est également associé au burn out sévère, et plus particulièrement quand il est considéré comme insuffisant ($p=0,0002$). Ce résultat va quelque peu à l'encontre des idées reçues qui pencheraient pour un niveau de responsabilités trop important entraînant un burn out. Ainsi un interne qui a le sentiment d'avoir une surcharge de travail avec des horaires contraignants et une liberté réduite pour poser ses congés ou bénéficier de temps pour sa formation développerait un état de burn out sévère s'il considère en plus avoir trop peu de responsabilités dans sa pratique. Un sentiment d'inutilité et de frustration peut se développer avec l'association de tous ces facteurs, et conduire à un véritable état d'épuisement professionnel.

La consommation de **psychotropes** est également associée à cet état sévère ($p=0,011$) et retrouvée auparavant^{18, 114, 168}, ainsi que **le fait de ne pas refaire médecine** si c'était à refaire ($p=0,0005$).

Nous n'avons pas retrouvé de lien avec l'âge ou le sexe, contrairement à d'autres études^{18, 66}.

f - Interprétations de ces données

Les différents facteurs que nous venons d'énumérer comme étant associés aux différentes dimensions du burn out doivent néanmoins être pris en compte de façon très prudente dans le développement de ce dernier.

En effet, notre analyse statistique retrouve une variance expliquée trop faible pour la dépersonnalisation (0,11), l'accomplissement personnel (0,044) et l'absence totale de burn out (0,076). Ainsi les différentes associations que nous avons mises en évidence ne semblent pas avoir une force statistique suffisante, mais permettent toutefois de donner une orientation. La valeur de la variance expliquée est limite pour l'épuisement émotionnel (0,25) et l'association avec les différents facteurs que nous avons identifiés peut donc se discuter.

Enfin, la variance expliquée pour les facteurs associés au burn out complet sévère est de 0,34 ce qui est très correct et nous conforte dans l'analyse que nous avons réalisée et les associations retrouvées.

La force de cette étude repose donc sur les associations que nous avons identifiées comme étant liées à l'état de burn out complet sévère.

Nous avons donc approfondi notre analyse statistique en essayant de trouver un profil type d'internes à risque de développer un état d'épuisement professionnel sévère.

g - Profil d'internes à risque de burn out complet sévère

Comme nous l'avons vu, certains facteurs ont été retrouvés comme étant liés à un état de burn out sévère. Nous avons essayé de rechercher si une ou plusieurs associations de ces facteurs étaient corrélées à un état d'épuisement professionnel sévère, ceci à des fins d'information et de prévention plus ciblées.

Nous avons retrouvé six profils types associés fortement à un état de burn out sévère ($p < 0,0001$). Deux facteurs ressortent systématiquement dans ces profils : la **prise difficile de congés annuels** et le **manque de temps pour la formation personnelle**.

L'existence simultanée de ces deux données associée à une troisième est hautement prédictive d'un état de burn out sévère. Le troisième facteur est soit :

- la consommation de psychotropes
- le niveau de responsabilités considéré comme insuffisant
- le désir de ne pas refaire médecine si c'était à refaire.

La spécificité et la valeur prédictive négative sont excellentes, respectivement 96% et 91% ; la sensibilité et la valeur prédictive positive sont moins satisfaisantes (30% et 52%). Ainsi dans notre étude, près d'un interne sur deux répondant à ces critères sont victimes de burn out sévère, et 96% des internes ne présentant pas ces profils sont indemnes de burn out sévère.

La consommation de **psychotropes** et le désir de **reconversion professionnelle** peuvent être considérés comme étant des conséquences de l'épuisement professionnel¹⁸,^{114, 168} mais il faut toutefois rester vigilant devant ces comportements, qui sont le signe d'un mal être de l'interne et qui doivent alerter l'entourage afin d'éviter l'installation d'un état de burn out complet sévère. Des campagnes d'information et de prévention auprès des internes de médecine concernant les comportements addictifs ou le désir de reconversion professionnelle s'avèrent donc nécessaires pour combattre l'apparition de l'épuisement professionnel.

Le **niveau de responsabilité insuffisant** peut créer un sentiment de frustration chez l'interne, contrastant avec une surcharge de travail et un emploi du temps contraignant l'empêchant de profiter de son entourage ou de temps libre. Cette notion est

intéressante et renvoie à la complexité du statut professionnel de l'interne, dont les responsabilités et le rôle peuvent varier considérablement selon les stages hospitaliers ou ambulatoires qu'il pratique. Il est important que ce dernier bénéficie d'un minimum d'autonomie – en étant toujours accompagné par un senior – afin de s'épanouir au mieux dans son environnement professionnel.

Cette analyse retient donc un « noyau » composé de la prise de congés et du temps pour la formation personnelle.

Il est donc capital que les internes puissent profiter de temps disponible pour leur propre formation afin d'approfondir et compléter leurs connaissances et avoir ainsi la sensation d'acquérir un savoir médical solide pour exercer leur métier de façon épanouie et professionnelle. Il est également fondamental que chacun puisse poser ses congés annuels de façon délibérée pour se ressourcer et se reposer.

Ces facteurs sont connus et habituellement liés aux dimensions du burn out, mais notre analyse permet d'approfondir ces relations et d'identifier que l'accumulation de plusieurs facteurs est hautement à risque de burn out. Rappelons qu'il faut toutefois rester prudent dans cette interprétation car notre étude ne peut établir de lien de cause à effet et que des études ultérieures sont nécessaires à la recherche d'autres associations pour tenter de définir un profil d'interne type à risque de burn out sévère.

4 - Comparaison des deux régions étudiées

Nous avons retrouvé une différence significative de burn out entre l'Île de France et le Languedoc Roussillon dans notre étude : les internes parisiens sont plus épuisés ($p=0,02$) et plus atteints de dépersonnalisation ($p=0,03$) que leurs collègues montpelliérains.

En détaillant les caractéristiques des deux populations, nous pouvons souligner que les internes parisiens répondent de façon statistiquement supérieure aux critères associés à **l'épuisement émotionnel** :

- le volume horaire (les parisiens travaillent plus que les languedociens avec $p=0,0026$)
- la prise de congés (les montpelliérains ont pu plus facilement poser leurs congés annuels avec $p=0,015$)
- le temps disponible pour l'entourage (les parisiens ont le sentiment d'avoir moins de temps que leurs collègues avec $p=0,06$)
- le changement d'orientation (les parisiens ont plus envisagé de changer d'orientation que les montpelliérains avec $p=0,0079$).

Par contre il n'y a pas de différence pour la formation personnelle ni l'existence de troubles du sommeil, ni les arrêts de travail pour raisons psychologiques, facteurs que nous avons relevé comme étant associés à l'épuisement émotionnel. Le dernier facteur est la consommation d'alcool qui semble plus fréquente à Montpellier qu'à Paris ($p=0,0001$).

Concernant la **dépersonnalisation**, nous retrouvons la même tendance, pouvant expliquer les différences régionales observées : la prise de congés ($p=0,017$), l'absence d'état d'ébriété ($p=0,0023$).

Néanmoins il existe des exceptions : le sexe masculin, qui est associé de façon significative à la dépersonnalisation ($p=0,0005$) est plus représenté en région Languedoc qu'en Ile de France, ainsi que le nombre de week ends libres par mois (les parisiens en bénéficient plus que leurs collègues montpelliérains avec $p<0,0001$).

En reprenant les résultats obtenus sur la dépersonnalisation, nous pouvons remarquer que les montpelliérains sont plus nombreux à présenter un stade modéré que les

parisiens (39,5% versus 25,5%), et finalement moins nombreux à avoir une dépersonnalisation basse (25,2% vs 34,5%). Donc les derniers facteurs que nous avons relevés peuvent nuancer cette différence : les internes montpelliérains sont plus dépersonnalisés que les parisiens, mais ces derniers présentent des scores plus élevés.

Ainsi ces résultats permettent de conclure qu'il existe vraisemblablement d'autres facteurs associés à la dépersonnalisation que notre étude n'a pu mettre en évidence. Nous avons pu donner une certaine orientation sur quelques facteurs semblant favoriser ou protéger de la dépersonnalisation, mais qui n'expliquent pas à eux seuls la différence retrouvée entre les deux régions étudiées.

La notion de classement à l'ECN n'a pas été étudiée dans notre étude car apparaissant difficile à cerner : est-il vraiment représentatif du « niveau » des étudiants, et quelle est la part de hasard ou de chance durant cette épreuve de concours ? Néanmoins nous avons déjà souligné que ces deux régions sont préférentiellement choisies par les internes de médecine générale, sous entendant ainsi qu'il s'agirait de populations ayant été bien classées à l'issue du concours national. Le syndrome d'épuisement professionnel concerne les individus motivés, compétents et poursuivant un projet grandiose selon Freudenberger. Une question est ainsi soulevée : les internes les mieux classés à l'ECN sont-ils plus sujets au burn out que les autres ? Un individu hyperactif et rigoureux pouvant choisir délibérément sa spécialité et sa région, avec un engagement professionnel important et une volonté de réussite élevée serait-il plus exposé à l'épuisement professionnel ? Aucune réponse précise ne peut être faite car de nombreux biais interviennent.

Il n'existe pas de différence significative pour les autres dimensions que nous avons analysées (accomplissement personnel, burn out complet sévère et absence totale de burn out).

5 - Comparaison des résultats de la région Ile de France

Le thème de l'épuisement professionnel a déjà été étudié chez les internes d'Ile de France en 2006⁶⁶. Nous avons voulu comparer ces anciennes données avec les résultats de notre étude, afin de constater l'évolution du burn out dans cette région.

	IdF 2010-11	IdF 2006
EPUISEMENT EMOTIONNEL		
MOYENNE	20,95	22,1
BAS	42,2	35,7
MODERE	31,9	40,2
ELEVE	25,8	24,1
DEPERSONNALISATION		
MOYENNE	9,48	10,6
BASSE	34,5	20,9
MODEREE	25,5	37,1
ELEVEE	39,9	42
ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL		
MOYENNE	35,38	33,7
ELEVE	32,5	22,5
MODERE	34,1	28,9
BAS	33,2	48,6
SCORES DE BURN OUT		
BO COMPLET SEVERE	7,6	
ABSENCE BO	36,7	

Ce tableau récapitulatif met en lumière une diminution de la prévalence du burn out en Ile de France en l'espace de 5 ans. Nous constatons que les moyennes des 3 dimensions du burn out ont diminué d'un point pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, et augmenté d'un point pour l'accomplissement personnel. Détail intéressant, la proportion d'internes présentant un score « modéré » est moins importante actuellement qu'en 2006, les internes de 2010 étant plutôt classés en « bas » ou « élevé ». Cette tendance confirme les résultats démontrés par Golembiewski qui a montré une évolution du burn out : le score modéré évoluait vers un score bas ou élevé, et les individus classés en « élevé » restaient stables. Il faut souligner tout de même qu'il ne s'agit pas des mêmes individus dans les 2 études, l'internat de médecine générale durant trois ans.

Toutefois nous pouvons conclure à la diminution de la prévalence du burn out en région parisienne entre 2006 et 2010, probablement liée à une meilleure information des internes en médecine et à la reconnaissance précoce des signes d'appel aboutissant à des mesures adéquates de prise en charge.

6 – Ouverture

Ce projet d'étude portant sur deux grandes régions du pays est à approfondir car révèle des taux d'épuisement professionnel différents.

Il faudrait poursuivre cette idée en réalisant une enquête nationale étudiant la prévalence du burn out chez la population des internes de médecine générale, et précisant l'association avec certains facteurs que nous avons déjà repérés, voire identifier d'autres critères prédisposant ou protégeant du burn out.

Conclusion

Notre étude retrouve une prévalence élevée du syndrome de burn out dans la population des internes de médecine générale avec des résultats similaires à ceux relevés dans des études antérieures^{9, 21, 39, 42, 66} : l'épuisement émotionnel sévère s'élève à 23%, la dépersonnalisation sévère est retrouvée à 38,8% et l'accomplissement personnel bas à 35,6%.

Le burn out complet sévère et l'absence totale de burn out sont retrouvés en des proportions supérieures à celles publiées dans d'autres études, respectivement à 7,1% et à 35,8%.

Nous avons pu mettre en évidence l'existence de « profils types » d'internes à risque de burn out complet sévère reposant sur l'association d'une prise contrariée des congés annuels et d'un déficit de temps consacré à la formation personnelle, ainsi que la consommation de psychotropes, ou un niveau insuffisant de responsabilités ou bien le désir de ne pas refaire des études de médecine.

Les autres associations entre le burn out et les facteurs personnels soulignent l'importance des comportements à risque ou des addictions chez les internes en médecine, population fragile et particulièrement exposée au syndrome d'épuisement professionnel.

Les mesures de prévention doivent continuer à se développer auprès des médecins, pour permettre une meilleure information du public et un repérage précoce de signes d'alarme et lutter contre l'installation d'un véritable burn out sévère.

Le dépistage et la prise en charge de l'épuisement professionnel chez les futurs médecins représente un réel enjeu de santé publique pour éviter une désertification médicale et des médecins victimes de burn out demain.

« Le plus grand secret du bonheur c'est d'être bien avec soi-même ». (Fontenelle)

BIBLIOGRAPHIE

- (1) AHOLA K, HONKONEN T, ISOMETSA E. The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*. 2005 ; 88(1) : 55-62
- (2) AMBROISE-THOMAS P, LOISANCE D. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour la formation clinique initiale des étudiants en médecine. *Bull Acad Natle Méd*. 2005 ; 189 (n°7)
- (3) ANDLAUER O. Le burn out chez les internes en psychiatrie français. Th : Med : Besançon ; 2008
- (4) ARNOULD P, ARNOULD M, GAVID B. Les Groupes de Pairs. Un outil d'évaluation collective des pratiques professionnelles. *La Revue du Praticien-Médecine Générale*. 2005 ; 19(704/705) : 1019-20
- (5) ASSURANCE MALADIE. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. Point d'information. 22 janvier 2009 URL : http://www.auneg.org/modules/M2/AnaComSysSan/res/Art_Bilan_medecin_Traitant.pdf (disponible, consulté le 26 août 2011)
- (6) BAKKER AB, DEMEROUTI E, EUWEMA MC. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *J Occup Health Psychol*. 2005 ; 10(2) : 170-80
- (7) BAKKER AB, DEMEROUTI E, SCHAUFELI WB. The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relat*. 2005 ; 58(5) : 661-89
- (8) BALDWIN PJ, DODD M, WRATE RW. Young doctors'health : how do working conditions affect attitudes, health and performance ? *Soc Sci Med*. 1997 ; 45 : 35-40
- (9) BARBARIN B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes en médecine générale. Th : Med : Université de Nantes ; 2009
- (10) BECK F, GUIGNARD R, RICHARD JB, WILQUIN JL, PERETTI-WATEL P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 : évolutions récentes du tabagisme en France. INPES. France. 2010
- (11) BECK F, LEGLEYE S, LE NEZET O, SPILKA S. Atlas regional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFD. Etudes santé territoire. France. 2005.

- (12) BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S, BRIFFAULT X, GAUTIER A, LAMBOY B, LEON C, WILQUIN JL. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé. INPES. France. 2005
- (13) 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 ; 133 : 339-346
- (14) BIBEAU G. Le burn-out : 10 ans après. Santé médicale au Québec. 1985 ; 10(2) : 30-43
- (15) BLANCHARD P, TRUCHOT D, ALBIGES-SAUVIN L et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents : A comprehensive nationwide cross-sectional study. European Journal of Cancer. 2010 ; 46 : 2708-15
- (16) BRANSON R, ARMSTRONG D. General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. BMJ. 2004 ; 329(7462) : 381-388
- (17) BURKE RJ, RICHARDSEN AM. Psychological burnout in organizations. Research and intervention, in R.T. Golembiewski (éd.). Handbook of Organizational Behavior. New York : Dekker. 1993 ; 263-298
- (18) CANOÛI P., MAURANGES A. Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4^e éd Paris : Masson. 2006
- (19) CASTELO-BRANCO C, FIGUERAS F, EIXARCH E, QUEREDA F, CANCELO M. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. BJOG 2007 ; 114 : 94-98
- (20) CATHEBRAS S, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D. Epuisement professionnel chez les médecins generalists. La Presse Médicale. 2004 ; 33(22) : 1569-74
- (21) CAUCHARD L. De L'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon. Th : Med : Montpellier. 2009
- (22) CHERNISS C. Beyond burnout : helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment. New York : Routledge. 1995
- (23) CLARK DC, ZELDOW PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. JAMA. 1988 ; 260 : 2521-8
- (24) Code de Santé Publique. Sixième partie, livre premier, titre V, chapitre III, articles R.6153-1 à R.6153-45

- (25) CORDES CL, DOUGHERTY TW. A review and an integration of research on job burnout. Acad Manage Rev. 2001 ; 18 : 621-56
- (26) CSA. Les Français et la religion. 2004 URL : <http://www.csa-fr.com/dataset/data2004/0401664.pdf> (disponible, consulté le 26 août 2011)
- (27) DAHLIN ME, RUNESON B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training : three years prospective questionnaire and interview-based study. BMC Med Educ. 2007 ; 12 : 6-7
- (28) DALOZ L. Epuisement professionnel et blessures de l'Idéal : réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale. Pédagogie Médicale. 2007 ; 8(2) : 82 -90
- (29) DEELSTRA JT, PEETERS M, SCHAUFELI WB. Receiving instrumental support at work : when help is not welcome. Journal of Applied Psychology. 2003 ; 88(2) : 324-331
- (30) DEJOURS C. Travail, usure mentale. Nouvelle Edition. Paris : Bayard. 2008
- (31) DELBROUCK M. Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. 1^{er} éd. Bruxelles : De Boeck. 2003
- (32) DEMEROUTI E., BAKKER AB., JONGE J. et al. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. Scand J Work Health 2001 ; 27(4) : 279-86
- (33) DESCHAMPS F. Le karoshi ou mort par excès de travail. Le Concours Médical. 1993 ; 115, 6 : 483-483
- (34) DESPRES D, GRIMBERT I, LEMERY B, BONNET C, AUBRY C, COLIN C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Juin 2010. n°731. URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf> (disponible, consulté le 26 août 2011)
- (35) DION G, TESSIER R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. Rev Can Sci Comport. 1994 ; 26 : 210-27
- (36) DUQUETTE A, KEROUAC SS, BEAUDET L. Facteurs reliés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier : un examen critique d'études empiriques. Montréal, Université de Montréal. 1990
- (37) DYRBYE LN, THOMAS MR, MASSIE FS, POWER DV et al. Burnout and suicidal ideation among US Medical students. Ann Intern Med. 2008 ; 149(5) : 334-41

- (38) DYRBYE LN, THOMAS MR, SHANAFELT TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006 ; 81(4) : 354-73
- (39) ERNST M. Le syndrome de Burnout des internes en médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. Th : Med : Université de Strasbourg ; 2009
- (40) ESTRYN-BEHAR M, MUSTER D, DOPPIA MA, MACHET G et al. Résultats de l'enquête SESMAT : influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. *Le Concours Médical.* 2009 ; 131(1) : 22-25
- (41) FARBER BA. Treatment strategies for different types of teacher burnout. *JCLP/In session : Psychotherapy in Practice.* 2000 ; 56 : 675-689
- (42) FERAUDET L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou la méréule psychologique des internes. Th : Med : Bordeaux ; 2009
- (43) FERRERI M. Le travail, référence identitaire et aménagement narcissique. Paris : Elsevier. 2002 ; 59-68
- (44) FIRTH H, MC INTEE J, MC KEOWN P, BRITTON P. Burnout and professional depression : related concepts ? *J Adv Nurs.* 1986 ; 11(6) : 633-41
- (45) FIRTH H, MC INTEE J, MC KEOWN P, BRITTON P. Maslach Burnout Inventory factor structure and norms for British nursing staff. *Psychological Reports.* 1985 ; 57 : 147-50
- (46) FLORU R, CNOCKAERT JC. Stress professionnel et burn out. *Les cahiers de l'actif.* 1998 ; 264(265) : 25-40
- (47) FOLKMAN S, LAZARUS RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1988 ; 54(3) : 466-475
- (48) FREUDENBERGER HJ. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Québec : Gaëtan Morin Editeur. 1987 : 190
- (49) FREUDENBERGER HJ. Staff burnout. *Journal of social issues.* 1974 ; 30(1) : 159-165
- (50) GALAM E. L'épuisement professionnel des médecins franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission prévention et santé publique. URML Ile de France. 2007
- (51) GALAM E. Prévention et prise en charge : les médecins sont des patients difficiles. *Le Concours Médical.* 2008 ; 130(8) : 402-3

- (52) GALAM E. SOS pour les médecins. *Le Concours Médical*. 2008 ; 130(8) : 404-5
- (53) GALAM E. Souffrir de soigner. Une pathologie du travail et de la relation. *Le Concours Médical*. 2008 ; 130(8) : 394-7
- (54) GALANTINO M, BAIME M, MAGUIRE M et al. Association of psychological and physiological measures of stress in health care professionals during an 8-weeks mindfulness meditation program : mindfulness in practice. *Stress and Health*. 2005 ; 21 : 255-261
- (55) GAUTIER I. Burn out des médecins. De l'idéal à l'usure. *Psythère revue de psychiatrie*. 2004, article 30
- (56) GELFAND DV, PODNOS YD, CARMICHAEL JC, SALTZMAN DJ et al. Effect of the 80-hours workweek on resident burnout. *Arch Surg*. 2004 ; 139 : 933-8
- (57) GIRAULT N. Burn out, émergences et stratégies d'adaptation : le cas de la médecine d'urgence. Th. : Psychol : Paris 5 : 1989
- (58) GOEBERT D, THOMPSON D, TAKESHITA J, BEACH C et al. Depressive symptoms in medical students and residents : a multischool study. *Acad Med*. 2009 ; 84(2) : 236-41
- (59) GILLARD L. La santé des généralistes. Th : Med : Paris. 2006
- (60) GOETZ. Poor Beard ! Charcot's internationalization of neurasthenia, the "American Disease". *American Academy of Neurology*. 2001 ; 57(3) : 510-514
- (61) GOLDBERG D. Towards ICD-11 & DSM-5: the uses of epidemiology in producing changes to our classification of common mental disorders. Dubrovnik, Croatia: 14th Symposium AEP Section epidemiology and Social psychiatry; 2008 (
- (62) GOLEMBIEWSKI RT., MUNZENRIDER R. Phases of burnout : developments in concepts and applications. New York : Praeger. 1986
- (63) GOPAL R, GLASHEEN JJ, MIYOSHI TJ, PROCHAZKA AV. Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. *Arch Intern Med*. 2005 ; 165 : 2595-2600
- (64) GREENGLASS ER, BURKE RJ. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Social Science and Medicine*. 1995 ; 40(10) : 1357-1363
- (65) GUERTS S, RUTTE C, PEETERS M. Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Soc Sci Med*. 1999 ; 48 : 1135-1148

- (66) GUINAUD M. Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Th : Med : Créteil : 2006
- (67) GUNDERSEN L. Physician Burnout. *Annals of Internal Medicine*. 2001 ; 135(2) : 145-8
- (68) GUTHRIE E, TATTAN T, WILLIAMS E, BLACK D, BACLIOCOTTI H. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists. *Psychiatric Bulletin* 1999 ; 23: 207-12
- (69) HALLBERG UE, JOHANSSON G, SCHAUFELI WB. Type A behavior and work situation : associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007 ; 48 : 135-142
- (70) HAM C, ALBERTI KG. The medical profession, the public, and the government. *Br Med J*. 2002 ; 324 : 838-42
- (71) HAMPTON T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA*. 2005 ; 294(10) : 1189-91
- (72) HELLEMANS C, KARNAS G. Epreuves de validation du modèle de Karasek auprès de travailleurs du secteur tertiaire. Relation du modèle avec les « tensions mentales ». *Rev Eur Psychol Appl*. 1999 ; 49 (3) : 215-224
- (73) HOBFOLL SE. Conservation of ressources a new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol*. 1989 ; 44 : 513-24
- (74) HOUKES I, JANSSEN P, DE JONGE J. Personality, work characteristics, and employee well-being : a longitudinal analysis of additive and moderation effects. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2003 ; 8(1) : 20-38
- (75) IACOVIDES A, FOUNTOULAKIS KN, KAPRINIS ST, KAPRINIS G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003 ; 75 : 209-221
- (76) INPES. Les Français et leur sommeil. Dossier de presse INPES. Mars 2008
- (77) INSEE. Répartition de la population selon le statut marital. URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02311 (disponible, consulté le 26 août 2011)
- (78) INSEE. Age moyen des femmes à l'accouchement. URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo3 (disponible, consulté le 26 août 2011)

- (79) ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les statuts de l'interne. Premiers resultants sur 1593 retours. 2008
- (80) JEAMMET P, REYNAUD M, CONSOLI S. Psychologie médicale. Paris : Masson .1980
- (81) JOHNSON JV, HALL EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease : a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Publ Health. 1988 ; 78 : 1336-42
- (82) JOHNSON JV, HALL EM, THEORELL T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity in a random sample of the Swedish male working population. Scand J Work Environ Health. 1989 ; 15 : 271-9
- (83) JOURNIAC C, DREVET S, SION MA, SCHABANEL H. Soins infirmiers II. Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche. Nouveau cahier de l'infirmière tome 3. Paris : Masson ; 2002
- (84) KAHN-BENSAUDE I. Démographie médicale : Les spécialités en crise. Rapport de l'Ordre des médecins. Décembre 2005. Étude No 38-2
- (85) KARASEK RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. Administr Sci Quat. 1979 ; 24 : 258-308
- (86) KASL S. Theory of stress and health. Handbook of stress, medicine and health. CRC press. 1996 : 13-26
- (87) KEANE A, DUCETTE J, ADLER DC. Stress in ICU and non-ICU nurses. Nursing Reasearch. 1985 ; 34(4) : 231-236
- (88) KIRSI A, HONKONEN T, ISOMETSA E, KALIMO R, NYKYRI E, AROMAA A, LONNQVIST J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. Journal of Affective Disorders. 2005 ; 88 : 55-62
- (89) KOBASA SC, MADDDI SR, KHAN S. Hardiness and health : a prospective study. Journal of Personality and Social Psychology. 1982 ; 42(1) : 168-177
- (90) KOBASA SC, MADDI SR, PUCETTI MC. Personality and exercice as buffers in the stress-illness relationship. Journal of Behavior medicine. 1982 ; 5(4): 391-404
- (91) LAKDJA F. « Vigie-burnout », un plan vigilant pour un mieux-être durable dans un service hospitalier ? Thèse professionnelle pour le Master de Management Médical ISCMM. Promotion 2002

- (92) LAZARUS RS. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*. 1991 ; 46(8) : 819-834
- (93) LEE RT, ASHFORTH BE. A further examination of managerial burnout : toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*. 1993 ; 14 : 3-20
- (94) LEE RT, ASHFORTH BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol*. 1996 ; 81 : 123-33
- (95) LEGASSIE J, ZIBROSKI E, GOLDSZMIDT M. Measuring resident well-being : impostorism and burnout syndrome in residency. *JGIM*. 2008 ; 23 : 1090-4
- (96) LEITER MP. Coping patterns as predictors of burnout : the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*. 1991 ; 12 : 123-44
- (97) LEITER MP, MASLACH C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*. 1988 ; 9 : 297-308
- (98) LEITER MP, SPENSE LASCHINGER HK. Relationships of work and practice environment to professional burnout : testing a causal model. *Nurs Res*. 2006 ; 55(2) : 137-46
- (99) LEMKAU JP, PURDY RR, RAFFERTY JP, RUDISILL JR. Correlates of burnout among family practice residents. *J Med Educ*. 1988 ; 63 : 691-2
- (100) LEOPOLD Y. Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé. *Le Concours Médical*. 2008 ; 130(8) : 398-9
- (101) LEROY-CORBON V. Les études de médecine : du rêve à la réalité. Th.: Med : Reims ; 2003
- (102) LEVASSEUR G. La santé des médecins bretons. Rapport à l'URML Bretagne. Juillet 2003
- (103) LINZER M, VISSER MR, OORT FJ et al. Predicting and preventing physician burnout : results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. 2001 ; 111 : 170-175
- (104) LOTH W. Das Kaiserreich. Obrigkeitsstaat und politische Mobilisierung, München, Taschenbuch-Verlag. 1996 ; 68-72
- (105) LOUREL M. Epuisement professionnel : concept et critique du processus de burn out : intérêt d'une recherche exploratrice en milieu carcéral. *Encéphale*. 2001 ; 27(3) : 223-7

- (106) LOUREL M, GANA K, PRUD'HOMME V et al. Le burn out chez le personnel des maisons d'arrêt : test du modèle « demande-contrôle » de Karasek. *Encéphale*. 2004 ; XXX : 557-63, cahier 1.
- (107) LOUREL M, GUEGUEN N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. 2007 ; 33 : 947-53
- (108) LUCAS-GABRIELLI V, SOURTY LE GUELLEC MJ. Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). *Questions d'économie de la santé IRDES* 2004 : 81
- (109) MANGEN MH. Etude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois. Th : Med : Paris 6 ; 2007
- (110) MARANDA MF, GILBERT MA, SAINT-ARNAUD L et al. La détresse des médecins : un appel au changement. Presses Universitaires de Laval. Ed 2006
- (111) MARCELLI D et al. Les troubles du comportement alimentaire. *Médecine de l'adolescent. Pour le praticien*. Paris, Masson. 2000 ; 18 : 123-135
- (112) MARTEL P. Analyse des facteurs favorisant le burn out des internes à travers l'écriture d'un roman/témoignage visant à vulgariser et prévenir le phénomène. Th : Med : Bordeaux ; 2011
- (113) MASLACH C. Burned out. *Hum Behav*. 1976 ; 5 : 16-22
- (114) MASLACH C. Burned out. *The Canadian journal of psychiatric nursing*. 1979 Nov-Dec ; 20(6) : 5-9
- (115) MASLACH C. The truth about burnout. San Francisco : Jossey Bass. 1997
- (116) MASLACH C, JACKSON S. Maslach Burnout Inventory : manual edition. Palo Alto CA : Consulting Psychologists Press. 1986
- (117) MASLACH C, JACKSON S. Maslach Burnout Inventory : research edition. Palo Alto CA : Consulting Psychologists Press. 1981
- (118) MASLACH C, JACKSON S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981 ; 2 : 99-113
- (119) MASLACH C, SCHAUFELI W, LEITER M. Job Burnout. *Annual review of psychology*. 2001 ; 52(1) : 397-422
- (120) MC MANUS IC, KEELING A, PAICE E. Stress, burnout and doctor's attitudes to work are determined by personality and learning style : a twelve years

- longitudinal study of UK medical graduates. BMC Medicine. 2004 ; 2(29) : 1741-1770
- (121) MECHANIC D. Physicians discontent. Challenges and opportunities. JAMA. 2003 ; 290 : 941-6
- (122) MICHEL G, AQUAVIVA E, AUBRON V, PURPER-OUAKIL D. Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. Baromètre santé 2005. INPES. France ; 2005
- (123) MOMMERSTEEG PM, HEIJNEN CJ, VERBRAAK M. Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test. Psychoneuroendocrinology. 2006 ; 31(2) : 216-225
- (124) NIKU KT. Resident Burnout. JAMA. 2004 ; 292(23) : 2880-2889
- (125) PAIMM : Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade. URL : http://paimm.fgalatea.org/fra/home_fra.htm (disponible, consulté le 26 août 2011)
- (126) PATTINSON E. Le syndrome d'épuisement des professionnels de santé chez les étudiants en troisième cycle de médecine générale en Aquitaine. Th : Med : Bordeaux. 2007
- (127) PASQUIER DE FRANCLIEU DESCAMPS. La souffrance des soignants en psychiatrie : validation de la version française du Maslach Burnout Inventory et étude prospective sur l'épuisement professionnel ou burnout dans le département de la Somme. Mémoire de DES psychiatrie ; Université de Picardie. 2008
- (128) PINES A, ARONSON E. Burn out, from tedium to personal growth. New York : The Free Press. 1981
- (129) PINES A, MASLACH C. Characteristics of staff burn out in mental health setting. Hospital and Community Psychiatry. 1978 ; 29 (4) : 233-237
- (130) PRINS JT, GAZENDAM-DONOFRIO SM, DILLINGH GS, VAN DE WIEL HB et al. The relationship between reciprocity and burnout in Dutch medical residents. Med Educ. 2008 ; 42(7) : 721-8
- (131) PRONOST AM, TAP P. La prévention du burn out et ses incidences sur les stratégies de coping. Psychologie de la santé, Psychologie française. 1996 ; 41(2) : 165-172

- (132) PRONOST AM, TAP P. Usure professionnelle et formation en soins palliatifs. Cahiers internationaux de psychologie sociale. 1997 ; n°33
- (133) PURDY RR, LEMKAU JP, RAFFERTY JP, RUDISILL JR. Resident physicians in family practice : who's burned out and who knows ? Fam Med. 1987 ; 19 : 203-208
- (134) QUILL TE, WILLIAMSON PR. Healthy approaches to physician stress. Arch Intern Med. 1990 ; 150 : 1857-61
- (135) RAMIREZ AJ, GRAHAM J, RICHARDS MA et al. Burn out and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer. 1995 ; 71(6) : 1263-9
- (136) RATANAWONGSA N, WRIGHT SM, CARRESE JA. Well-being in residency : effects on relationships with patients, interactions with colleagues, performance and motivation. Patient Educ Couns. 2008 ; 72(2) : 194-200
- (137) REYNAERT C, LIBERT Y, JANNE P, ZDANOWICZ N. Comment allez-vous docteur ? Le burn out du médecin. Louvain Med. 2001 ; 120 : 5296-5310
- (138) RIVOIRE B. Fréquence et étiologies du syndrome de burn out chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. Médecine Palliative. 2003 ; 2(6) : 302-6
- (139) ROBERT J. GARCERAN N. Evaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. Exercer 2010 ; 90 : 10-4
- (140) ROBINSON SE, ROTH SL, KEIM J, LEVENSON M, FLENTJE JR, BASHOR K. Nurse burnout : work related and demographic factors as culprits. Res Nurse Health. 1991 ; 14(3) : 223-8
- (141) ROSS RR, ALTMAIER EM, RUSSELL DW. Job stress, social support, and burnout among counseling center staff. Journal of counseling psychology. 1989 ; 36(4) : 464-70
- (142) ROTTER JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs. 1966 ; 80(1) : 609-633
- (143) SARGENT MC, SOTILE W, SOTILE MO, RUBASH H, BARRACK RL. Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. J Bone Joint Surg Am. 2004 ; 86a : 1579-1586
- (144) SCHAUFELI WB, BAKKER AB, HOOGDUIN K. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. Psychology and Health. 2001 ; 16

- (145) SCHAUFELI WB, ENZMANN D. The burnout companion to study and practice : a critical analysis. London : Taylor and Francis. 1998
- (146) SCHAUFELI WB, MASLACH C, MAREK T. Professional burnout : recent developments in theory and research. New York : Jayler and Francis. 1993
- (147) SCHAUFELI WB, VAN DIERENDONCK D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. Psychol Rep. 1995 ; 76(3) : 1083-90
- (148) SCHERNHAMMER ES, COLDITZ GA. Suicide rates among physicians : a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 2004 ; 161 : 2295-2302
- (149) SELYE H. The stress of life, New York, McGraw-Hill. 1956
- (150) SEMAL R. Perspectives sociologiques et professionnelles. Etude auprès des étudiants de 3^e cycle de médecine générale à l'université de Lille 2. La Revue du Praticien-Médecine Générale. 2005 ; 19(688/689) : 462-64
- (151) SENAND R, LE MAUFF P, GORONFLOT L. Comment la diminution de l'offre de soins peut-elle modifier l'exercice de la médecine générale ? La Revue du Praticien-Médecine Générale. 2004 ; 18(660/661) : 929-932
- (152) SERTOZ O, BINBAY I, KOYLU E et al. The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005 ; 32 : 1459-1465
- (153) SERVANT. Gestion du stress et de l'anxiété. Editions Masson. 2005
- (154) SHANAFELT TD, BRANDLEY KA, WIPF JE, BACK AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002 ; 136 : 358-367
- (155) SIEGRIST J. Adverse health effects of high effort/low reward conditions. J Occup Health Psychol 1996 ; 1 : 27-41
- (156) SIEGRIST J, PETER R, JUNGE A et al. Low status control, high effort at work and ischemic heart disease : prospective evidence from blue-collar men. Soc Sci Med 1990 ; 31 : 1127-34
- (157) SONNENSCHNEIN M, MOMMERSTEEG P, HOUTVEEN J and al. Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout : an in-depth study using the experience sampling method. Biological Psychology. 2007 ; 75 : 176-184

- (158) SPICKARD A Jr, GRABBE SG, CHRISTENSEN JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. JAMA. 2002 ; 288 : 1447-50
- (159) TARIS TW, LE BLANC PM, SCHAUFELI WB, SCHREURS PJG. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory ? A review and two longitudinal tests. Work and stress. 2005 ; 19 : 238-255
- (160) THOMAS NK. Resident burnout. JAMA. 2004 ; 292 : 2880-9
- (161) TISSOT S. De la santé des gens de lettre. Ayssènes : Alexitère. 1991
- (162) TOPF M. Personality hardiness, occupational stress and burnout on critical care nurses. Research in Nursing & Health. 1989 ; 12 : 179-188
- (163) TRUCHOT D. Le burnout des étudiants en médecine. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne-Ardenne. Université de Franche Comté. 2004
- (164) TRUCHOT D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Annales médico psychologiques. 2009 ; 167 : 422-8
- (165) TRUCHOT D. Le burnout des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims, Département de Psychologie. 2001
- (166) TRUCHOT D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne. 2002
- (167) TRUCHOT D. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML de Poitou-Charentes. 2004
- (168) TRUCHOT D. L'épuisement professionnel : concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod. 2004
- (169) TRUCHOT D, KMIEC-BARDU R. Equité perçue et burnout chez les médecins français et roumains : une analyse exploratoire. Communication au 5^{ème} congrès international de psychologie sociale en langue française. Lausanne : ADRIPS, 1^{er}-4 sept 2004
- (170) VAN DER DOEF M., MAES S. The job demand-control model and psychological well-being : a review of 20 years of empirical research. Work stress 1999 ; 13(2) : 87-114

- (171) VAQUIN-VILLEMINEY C. Prévalence du burnout en médecine générale, enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Th : Med : Paris 5. 2007
- (172) VEIL C. Primum non nocere. Les états d'épuisement. Le Concours Médical. 1959
- (173) VIDAL M, ROUEN T, CAMPAGNE C. Aider les médecins généralistes face au stress professionnel. Collège Nationale des Généralistes Enseignants. 2004
- (174) VILAREM-BOURRELC. Repérage et prise en charge des difficultés psychologiques des étudiants en médecine au cours de leur cursus universitaire. Th : Med : Brest ; 2007
- (175) VOLTMER E, KIESCHKE U, SCHWAPPACH DL, WIRSCHING M. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians : a cross-sectional study. BMC Med Educ. 2008 ; 2 : 8-46
- (176) VON KANEL R, BELLINGRATH S, KUDIELKA BM. Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in schoolteachers. J Psychosom Res. 2008 ; 65(1) : 1-3
- (177) WALLOT H. Burn out : malaise personnel ou organisationnel. Ann Med Psychol. 1985 ; 143(7) : 607
- (178) WEST CP, HUSCHKA MM, NOVOTNY PJ, SLOAN JA et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy : a prospective longitudinal study. JAMA. 2006 ; 296(9) : 1071-8
- (179) WHIPPEN DA, CANELLOS GP. Burn out syndrome in the practice of oncology : results of a random survey 1000 oncologists. J Clin Oncol. 1991 ; 9(10) : 1916-20
- (180) WILD B, ERB M, BARTELS M. Are emotions contagious ? Evoked emotions while viewing emotionally expressive faces : quality, quantity, time course and gender differences. Psychiatry Research. 2001 ; 102(2) : 109-124
- (181) WILLCOCK SM, DALY MG, TENNANT CC, ALLARD BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med J Aust. 2004 ; 181(7) : 357-60
- (182) WILLIAMS LS. Manitoba suicides force consideration of stresses facing medical residents. Can Med Assoc J. 1997 ; 156(11) : 1599-1602
- (183) WINCKLER M. La maladie de Sachs. P.O.L. éditeur. 1998

- (184) YAO DC, WRIGHT SM. The challenge of problem residents. J Gen Intern Med. 2001 ; 16(7) : 486-92
- (185) YAO DC, WRIGHT SM. National survey of internal medicine residency program directors regarding problems residents. JAMA. 2000 ; 284(22)-2874
- (186) ZUGER A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med. 2004 ; 350 : 69-75

ANNEXE 1 : Questionnaire

Questionnaire thèse médecine générale de Marie Thévenet octobre 2010-avril 2011

Evaluation du burn-out chez les internes de médecine générale d'Ile de France

Le questionnaire est anonyme. Les données recueillies sont confidentielles.

1) Données démographiques et professionnelles

Âge |__| **Sexe** 1.Masculin 2.Féminin
Statut marital 1. Marié(e) 2. Divorcé(e) 3. Concubinage 4. Veuf(ve) 5. Célibataire

Nombre d'enfants à charge |__| **Vivez-vous seul ?** 1. Oui 2. Non

Pratiquez-vous une religion ? 1. Oui 2. Non

Filière |__| **Semestre** |__|

Si vous avez fait un droit au remord, filière d'origine |__|

1. Médecine générale 2. Sp. médicales 3. Sp. chirurgicales

4. Gyn.-obstétrique 5. Anesthésie Réanimation 6. Pédiatrie 7. Psychiatrie

8. Santé publique 9. Biologie 10. Médecine du Travail

Votre choix de spécialité a été 1. Délibéré 2. Imposé par votre classement à l'ENC

Votre choix de ville a été 1. Délibéré 2. Imposé par votre classement à l'ENC

Nombre d'heures de travail hebdomadaire en moyenne (gardes comprises) |__|

Nombre de gardes par mois en moyenne |__|

Repos compensateur 1. Oui 2. Non

En garde, pouvez-vous compter sur la présence d'un senior ?

1. Toujours 2. Partiellement 3. Jamais

Nombre de week-ends libres par mois en moyenne |__|

Avez-vous pu poser vos congés annuels ? 1. Oui, facilement 2. Oui, difficilement 3. Non

Avez-vous un médecin traitant que vous consultez en cas de problème de santé ?

1. Oui 2. Non

2) Données personnelles

Avez-vous l'impression de pouvoir consacrer suffisamment de temps à vous-même et à votre entourage ? 1. Oui 2. Non

Pratiquez-vous régulièrement un loisir (sport, musique, activité manuelle...) 1. Oui 2. Non

Avez-vous du temps disponible pour la formation personnelle (lecture d'articles, revues, congrès, DU...) ? 1. Oui 2. Non

Votre niveau de responsabilités en stage est :

1. Trop important 2. Adapté 3. Insuffisant

Au regard de la charge de travail et des responsabilités, vous considérez que votre salaire est :

1. Trop élevé 2. Adapté 3. Trop faible

Avez-vous une consommation de :

- **Tabac** (nombre de cigarettes par jour) |

- **Cannabis** 1. Jamais 2. ≥ 1 fois/semaine 3. ≥ 1 fois/mois 4. ≥ 1 fois/an

- **Alcool** 1. Jamais 2. ≥ 1 fois/semaine 3. ≥ 1 fois/mois 4. ≥ 1 fois/an

- **Vous arrive-t-il d'être en état d'ébriété ?**

1. Jamais 2. ≥ 1 fois/semaine 3. ≥ 1 fois/mois 4. ≥ 1 fois/an

- **Drogues (cocaïne, amphétamines, héroïne, ecstasy...)**

1. Jamais 2. ≥ 1 fois/semaine 3. ≥ 1 fois/mois 4. ≥ 1 fois/an

- **Psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères...)**

1. Jamais 2. ≥ 1 fois/semaine 3. ≥ 1 fois/mois 4. ≥ 1 fois/an

- **Si consommation de psychotropes, il s'agit :**

1. D'automédication 2. D'une prescription par un médecin consulté

Avez-vous ou avez-vous eu depuis le début de l'internat :

- **Des troubles du sommeil** 1. Oui 2. Non

- **Des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)** 1. Oui 2. Non

- **Un suivi psychologique ou psychiatrique** 1. Oui 2. Non

- **Un arrêt de travail pour problème psychologique ou psychiatrique** 1. Oui 2. Non

Avez-vous déjà essayé de mettre fin à vos jours depuis le début de l'internat ? 1. Oui 2. Non

Avez-vous déjà envisagé de changer d'orientation (autre que les études médicales) ? 1. Oui 2. Non

Si c'était à refaire, referiez-vous des études de médecine ? 1. Oui 2. Non

Avez-vous déjà entendu parler du concept de burn-out (épuisement professionnel) ? 1. Oui 2. Non

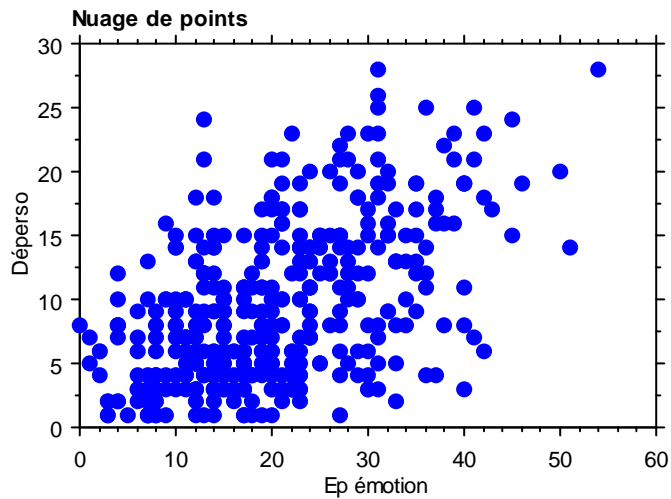
3) Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

Pour chaque item, merci d'entourer le chiffre correspondant à la fréquence de ce que vous ressentez :

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------|
| 0. Jamais | 3. Plusieurs fois par mois | 6. Tous les jours |
| 1. Quelques fois par an | 4. Une fois par semaine | |
| 2. Une fois par mois | 5. Plusieurs fois par semaine | |

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'efforts.	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 ragaillard(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 : Corrélations entre les 3 dimensions



Matrice de corrélation

	Ep émotion	Déperso	Accomp pers
Ep émotion	1,000	,501	-,248
Déperso	,501	1,000	-,182
Accomp pers	-,248	-,182	1,000

404 observations ont été utilisées dans ce calcul.

Coefficient de corrélation

Corrélation théorique = 0

	Corrélation	Nombre	z	p	95% Inf.	95% Sup.
Ep émotion, Déperso	,501	404	11,030	<,0001	,424	,571
Ep émotion, Accomp pers	-,248	404	-5,077	<,0001	-,338	-,154
Déperso, Accomp pers	-,182	404	-3,676	,0002	-,274	-,085

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, 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

La souffrance au travail est un sujet en plein essor et analysée depuis peu chez les médecins, y compris chez les internes. Les divers travaux réalisés dans cette population retrouvent des niveaux élevés préoccupants d'épuisement professionnel.

L'objectif de notre travail est d'étudier la prévalence du burn out chez les internes de médecine générale d'Ile de France et du Languedoc Roussillon, et d'identifier les facteurs prédisposants ou protecteurs.

Un questionnaire comprenant le Maslach Burnout Inventory a été transmis aux internes de médecine générale ayant validé au moins un semestre d'internat. Le taux de participation est de 44,84% en Ile de France et de 59,87% en Languedoc Roussillon.

23% des internes présentent un épuisement émotionnel sévère, 38,8% une dépersonnalisation sévère et 35,6% un niveau de bas accomplissement personnel. 7,1% présentent un burn out complet sévère et 35,8% une absence totale de burn out.

Les internes parisiens paraissent plus épuisés que les montpelliérains, et moins atteints de dépersonnalisation.

Un profil d'interne type à risque de burn out sévère est proposé et repose sur une triade : la prise contrariée des congés annuels, le manque de temps pour sa formation et soit la consommation de psychotropes, soit un niveau de responsabilité insuffisant, soit le désir de ne pas refaire médecine.

Le burn out existe chez les internes de médecine générale. Il est important de le reconnaître et de le prévenir afin d'éviter qu'ils ne deviennent les médecins « brûlés » de demain.

MOTS CLES

- Burn out, épuisement professionnel, stress, internes de médecine générale
- Maslach Burnout Inventory