



Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale

Burn-out in residents in general practice. A cross sectional study

Bénédicte Barbarin, Lionel Goronflot

exercer 2012;101:72-8.

benedicte_bar@yahoo.fr

Background. Burn-out is a three-dimensional syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and a sense of low personal accomplishment. While its prevalence and consequences have been well documented among physicians, little is known about burnout in French medical residents.

Objective. To determine the prevalence of burn-out in general medicine residents from Nantes and to explore its association with work conditions.

Methods. Cross sectional declarative study. All general medicine residents from Nantes were asked to answer an anonymous on-line survey, including demographic items, working conditions items and the Maslach Burn-out Inventory.

Results. 197 on-line questionnaires were distributed. Of 114 (58 %) responding residents, 65 (57 %) met the criteria for burn-out in one or more dimensions. Emotional exhaustion was associated with discrimination between general medicine residents and other speciality residents ($p < 0.01$), background knowledge perceived as inadequate ($p < 0.01$), and lack of residents work recognition ($p < 0.05$). First semester residents had higher burnout score ($p = 0.04$). Depersonalization was also associated with general medicine residents' discrimination with other specialists ($p = 0.04$). Workload was not associated with burn-out level.

Conclusion. About one half of general medicine residents in Nantes met criteria for burnout. It was not associated with workload, but with inadequate background knowledge, lack of recognition and discrimination compared to other specialists. Further studies are needed to explore these considerations in order to prevent and care for burn-out.

Mots-clés

Épuisement
professionnel

Burn-out

Internes de
médecine
générale

Introduction

Depuis quelques années, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, ou burn-out pour les anglophones, a été reconnu et étudié chez les médecins anglo-saxons, puis français.

Il s'agit d'un syndrome spécifique de la relation d'aide¹⁻³ qui comprend trois dimensions. L'épuisement émotionnel (EE) correspond à la sensation d'être incapable de se donner psychologiquement à l'autre. Cet épuisement émotionnel peut conduire à une dépersonnalisation (DP), c'est-à-dire à une mise à distance des patients, pouvant confiner au cynisme. Ces deux éléments entraînent une diminution du sentiment d'accomplissement personnel (AP), c'est-à-dire un sentiment d'inefficacité et d'incompétence dans le travail.

Les conséquences négatives du burn-out sont nombreuses. Les médecins touchés ont un risque augmenté de dépression, de troubles anxieux, d'addictions¹, avec

une diminution de leur qualité de vie et de celle de leur entourage. Par ailleurs, ce syndrome diminue leur empathie^{4,5}, et la qualité des soins qu'ils délivrent à leurs patients^{6,7}.

En France, plus de 40 % des médecins généralistes libéraux sont en burn-out⁸⁻¹⁰. La prévalence est similaire chez les médecins hospitaliers et chez les spécialistes libéraux. Peu d'enquêtes concernent les internes. Ces derniers ont un statut particulier dans le système de santé, à la fois soignants et étudiants. Ils sont exposés à une charge de travail lourde et aux difficultés de la relation de soin, ont des responsabilités importantes, mais parfois mal définies du fait de leur statut de médecins en formation. Ils peuvent ressentir une impression de faible reconnaissance de leur travail, que ce soit par leurs patients ou par leurs superviseurs.

Des études américaines et européennes ont observé des taux de burn-out atteignant jusqu'à 76 % des internes^{6,7,11}, toutes spécialités confondues. En France,

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.



une enquête de 1999 a montré que 53 % des internes de médecine du CHU de Tours avaient au moins une dimension de burn-out¹². Une seule étude a concerné spécifiquement les internes de médecine générale, en Île-de-France en 2006, avec une prévalence comparable¹³, mais sans établir de lien avec leurs conditions de travail. L'objectif de la présente étude était d'évaluer la prévalence du burn-out des internes de médecine générale de Nantes et d'étudier les facteurs de risque corrélés à leurs conditions de travail réelles et ressenties.

Méthode

Étude transversale déclarative ayant concerné tous les internes nantais inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale à l'aide d'un questionnaire adressé à tous ceux qui étaient en stage au semestre de novembre 2007.

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

Un courrier électronique et deux relances les invitaient à remplir en ligne un questionnaire anonyme évaluant leurs conditions de travail et le ressenti qu'ils en avaient. Le terme d'épuisement professionnel ou de burn-out n'était mentionné ni dans ce courrier, ni dans le questionnaire. Le questionnaire pouvait être rempli du 27 février au 24 avril 2008.

Il comprenait cinq parties. La première recueillait des données démographiques (genre, situation familiale, faculté d'origine, semestre, orientation par choix ou par défaut). Dans une deuxième partie, les conditions de travail de l'interne dans son stage actuel étaient évaluées (type de stage, charge de travail, connaissances théoriques, encadrement, harcèlement). La troisième partie reprenait la version française du MBI ou *Maslach Burnout Inventory*. Le MBI est une échelle de mesure pour évaluer le burn-out. Il comprend 22 items, sur les trois dimensions du burn-out. Chaque item est coté de 0 à 6 selon la fréquence à laquelle le répondant a ressenti l'événement décrit (de jamais à chaque jour). L'épuisement émotionnel est évalué par 9 phrases telles que : « *Je me sens émotionnellement vidé par mon travail* ». La dépersonnalisation est évaluée par 5 phrases, dont : « *Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement* ». L'accomplissement personnel est évalué par 8 phrases, comme : « *J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* ». Le questionnaire aboutit à 3 scores correspondant aux 3 dimensions, chacune étant divisée en niveau bas, moyen ou élevé. Un score élevé pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation et un score bas pour l'accomplissement personnel correspondent à des niveaux élevés de burn-out.



La quatrième partie du questionnaire évaluait les modalités de gestion du stress par les internes. Enfin, une dernière partie s'intéressait à la satisfaction des internes en leur demandant s'ils avaient déjà songé à arrêter leur formation, et s'ils referaient des études médicales.

Les questionnaires dans lesquels tous les items du MBI n'étaient pas remplis ont été écartés de l'étude. Les données ont été traitées à l'aide d'une analyse univariée, avec une analyse de variance pour la plupart des critères, et un coefficient de corrélation pour la durée de travail. Pour les facteurs de risque de burn-out, les tests statistiques ont été réalisés avec openEpi pour les analyses de variance et avec Neocalc pour les coefficients de corrélation.

Résultats

Population et conditions de travail

Un questionnaire a été envoyé aux 197 sujets de la population éligible. 114 questionnaires complets ont été recueillis et exploités, soit un taux de réponse de 57,9 %.

91 internes étaient en stage hospitalier (79,8 %), 17 étaient en stage chez le praticien (14,9 %) et 6 en SASPAS (5,3 %). La moyenne hebdomadaire d'heures travaillées déclarée était de 52,4 heures (extrêmes 7-80, médiane 51). En stage hospitalier, cette moyenne était de 56,3 heures par semaine contre 35 heures en ambulatoire.

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

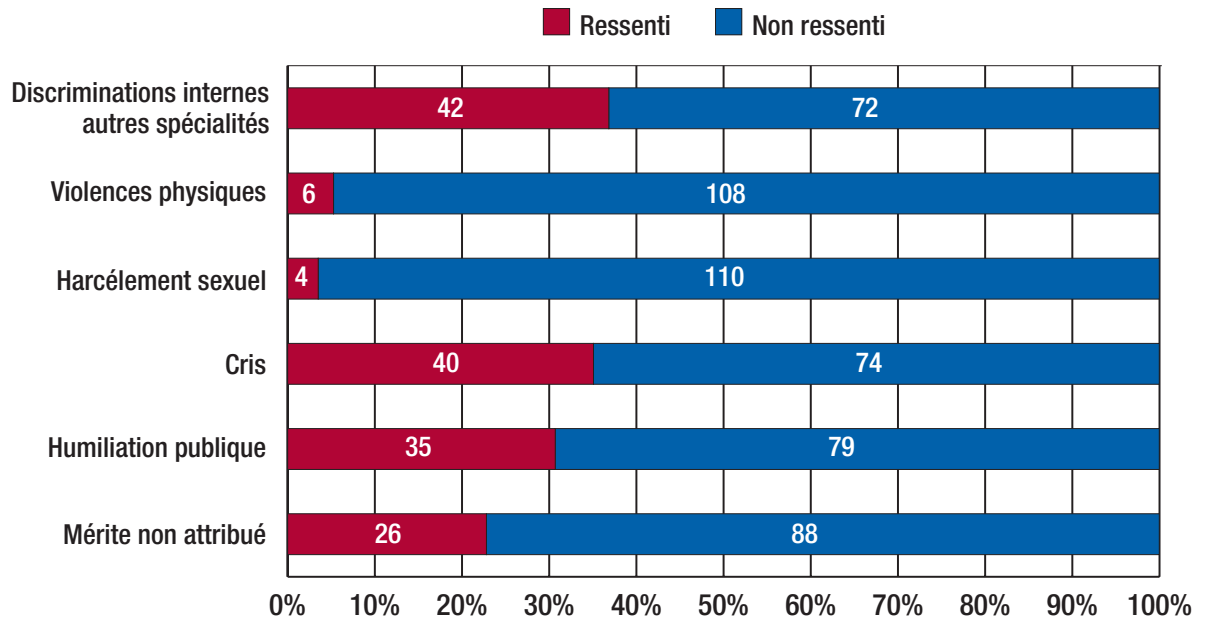


Figure 1. Harcèlement

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

76 (66,6 %) internes s'étaient déjà sentis victimes de harcèlement au cours de leur internat (figure 1). La discrimination entre internes de médecine générale et internes d'autres spécialités était la forme de harcèlement la plus rapportée (36,8 %).

Gestion du stress et ressenti des internes

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

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

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

Résultats du MBI

Les scores de Maslach admis dans la définition du syndrome d'épuisement professionnel étaient les suivants :

- Épuisement émotionnel : < 17 bas, 18-29 modéré, > 30 élevé.
- Dépersonnalisation : < 5 basse, 6-11 modérée, > 12 élevée.

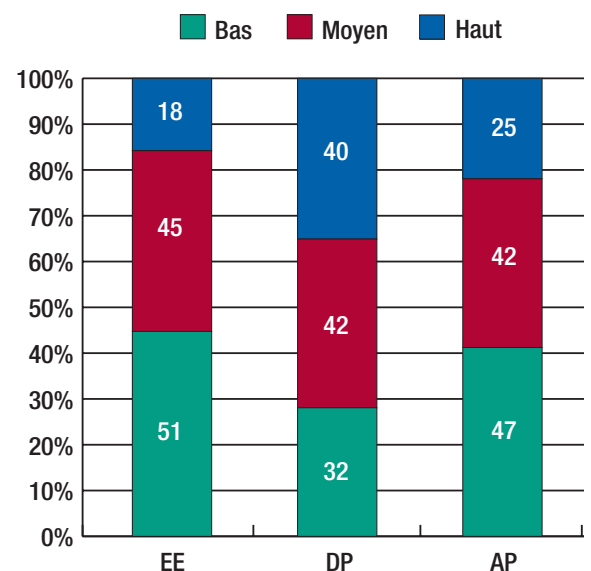


Figure 2. Niveaux de burn-out
EE = épuisement professionnel, DP = dépersonnalisation, AP = accomplissement professionnel.



- Accomplissement personnel : > 40 bas, 34-39 modéré, < 33 élevé.

Les scores moyens du MBI étaient les suivants:

- Épuisement émotionnel : $19,72 \pm 9,46$.
- Dépersonnalisation : $9,76 \pm 6,19$.
- Accomplissement personnel : $37,38 \pm 6,19$.

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

57 % des sujets avaient au moins un critère de burn-out. En retenant comme définition du burn-out un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, 51 (44,7 %) internes étaient atteints de burn-out. 4 internes (3,5 %) avaient des niveaux élevés d'épuisement dans les trois dimensions.

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

Facteurs de risque de burn-out

Les résultats des analyses de variance concernent les différents facteurs étudiés sur les trois dimensions de burn-out.

Les facteurs pour lesquels une association statistiquement significative ($p < 0,05$) a été observée sont présentés dans le tableau ci-dessus. Les facteurs pour lesquels une tendance à l'association se dégageait, bien que non significative ($0,05 < p < 0,1$), sont également présentés.

Le lien entre charge de travail et burn-out était de $-0,01$ pour l'épuisement émotionnel. Il était de $+0,03$ pour la dépersonnalisation, et de $-0,09$ pour l'accomplissement personnel. En résumé, le burn-out n'était pas statistiquement corrélé à la charge de travail.

Discussion

Dans cette étude, 66,6 % des internes se sont sentis victimes de harcèlement, 36,8 % avaient déjà songé à arrêter leurs études médicales et 44,7 % avaient un burn-out non corrélé à leur charge de travail.

Le burn-out est une réalité chez les internes de médecine générale de la faculté de Nantes. 57 % d'entre eux avaient un niveau élevé dans au moins une de ses dimensions (18 % pour l'épuisement émotionnel, 40 % pour la dépersonnalisation et 25 % pour l'accomplissement personnel). 15,8 % des sujets avaient sérieusement envisagé d'arrêter leur internat. Ils avaient des scores plus élevés pour l'épuisement émotionnel ($19,7 \pm 9,5$ pour une moyenne 18-29, score élevé > 18) et l'accomplissement personnel ($37,4 \pm 6,2$ pour une moyenne 34-39, score élevé > 39).

Cette étude a mis en évidence l'impact des conditions de travail des internes comme facteur de risque de

	EE	DP	AP
Sexe masculin	$17,9 \pm 10,7$	$11,3 \pm 7,1^*$	$37,6 \pm 7$
Célibat	$20,4 \pm 8,8$	$9,7 \pm 6,2$	$35,6 \pm 6,6^*$
Sans charge familiale	$19,5 \pm 9,2$	$9,3 \pm 6,3$	$36,9 \pm 6,2^*$
Charge familiale	$21,5 \pm 10,9$	$13,1 \pm 4,7^*$	$41,2 \pm 3,4$
Premier semestre	$22 \pm 8^*$	$10,2 \pm 6,4$	$36,5 \pm 6,1$
MG par défaut	$21 \pm 10,7$	$10,9 \pm 7,1$	$34,7 \pm 6,7^*$
Stage hospitalier	$20,5 \pm 8,6$	$10 \pm 6,3$	$36,8 \pm 6,4$
Fin de vie, diagnostics graves	$12,3 \pm 8,84$	$11,2 \pm 6,5^*$	$38,8 \pm 6,2^*$
Connaissances non adaptées	$22,2 \pm 9,5^*$	$9,8 \pm 5,9^*$	$36,7 \pm 6,3^*$
Absence reconnaissance	$26,3 \pm 11,4^*$	$12 \pm 9,2$	$36,1 \pm 7,7$
Harcèlement	$21 \pm 9,2$	$10,4 \pm 6,4$	$37,6 \pm 6,2$
Discrimination autres spécialistes	$23,4 \pm 8,7^*$	$11,3 \pm 6,9^{**}$	$37,6 \pm 6$
Désir arrêter internat	$27,9 \pm 8,5^*$	$8,5 \pm 5,6$	$33,9 \pm 8,5^*$
Ne referaient pas médecine	$20,3 \pm 9,4$	$11,2 \pm 8,7$	$34,7 \pm 7,4$

Tableau. Marqueurs de risque de burn-out.

* $p < 0,05$ pour les facteurs étudiés sur les trois dimensions de burn-out (résultats des analyses de variance) pour lesquels l'association est statistiquement significative.

EE = épuisement émotionnel, DP = dépersonnalisation, AP = accomplissement personnel.

burn-out. Outre la prise en charge de fin de vie et de diagnostics graves, inhérente au métier de soignant, trois facteurs de risque se dégageaient : la discrimination entre internes de médecine générale et internes d'autres spécialités, un savoir théorique perçu comme insuffisant ou non adapté à la pratique clinique, et l'absence de reconnaissance de leur travail.

Un questionnaire est-il le meilleur moyen pour explorer les mécanismes du burn-out ? Le taux de réponse de 57,9 % a constitué un large échantillon d'internes, avec une répartition démographique représentative.

Limites

Les internes les plus touchés par le burn-out étaient probablement les plus concernés par cette étude. Un biais d'information est également possible du fait de l'auto-évaluation des conditions de travail, et en particulier de la charge horaire hebdomadaire. L'anonymat des réponses était un critère indispensable pour diminuer ce biais. Par ailleurs, le délai entre le début de stage et la mesure était compatible avec la mesure correcte du burn-out.

Les internes de premier semestre étaient plus touchés par le burn-out. Il est possible que des facteurs de confusion soient intervenus. En effet, les internes de premier semestre étaient plus nombreux à estimer leurs connaissances insuffisantes et ils étaient tous en stage hospitalier. Quelle qu'en soit la cause, le premier semestre devrait être considéré comme une période particulièrement à risque de burn-out.



de risque de burn-out observé dans de nombreuses études, que ce soit chez les internes¹² ou chez les médecins installés^{2,8,9}. Les internes sont particulièrement à risque sur ce facteur, car ils sont en première ligne dans la prise en charge des patients. Pour les patients, il est parfois difficile de comprendre le rôle exact de l'interne, ce qui limite la reconnaissance de son travail.

Le choix par défaut de la filière de médecine générale était un facteur de risque de moindre accomplissement personnel ($p = 0,02$). Ce choix par défaut n'était pas associé aux autres dimensions du burn-out. Elles sont pourtant considérées comme les préalables à la diminution de l'accomplissement personnel¹⁻³. Il est possible que les internes ayant choisi la médecine générale par défaut ressentent une certaine frustration de ne pas exercer le métier qu'ils souhaitaient. Ils s'investissent moins, se sentent moins accomplis sans pour autant être réellement épuisés.

Au terme de cette étude, plusieurs pistes de réflexion se dégagent. Le harcèlement et la discrimination par rapport aux autres spécialistes, les attentes des internes en termes de formation théorique et de reconnaissance de leur travail mériteraient d'être explorés plus en détail. La mise en place d'ateliers de gestion du stress ou de groupes Balint pourrait être intéressante et devrait être évaluée par des études complémentaires.

Conclusion

Le burn-out touche les internes de médecine générale de Nantes dans les mêmes proportions que les médecins généralistes installés. Certains facteurs de risque sont communs, comme la confrontation à la souffrance et à la mort, ou l'absence de reconnaissance du travail fourni. D'autres sont plus spécifiques aux internes, en particulier le harcèlement et la discrimination avec les internes des autres spécialités, et la sensation d'avoir des connaissances théoriques inadaptées à la pratique clinique.

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

Résumé

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

Objectif. Évaluer la prévalence du burn-out chez les internes de médecine générale de Nantes et en déterminer les facteurs de risque liés aux conditions de travail.

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

Résultats. 197 questionnaires ont été distribués. Sur 114 répondants (57,9 %), 65 internes (57 %) avaient au moins un critère de burn-out. Les facteurs de risque pour l'épuisement émotionnel étaient le ressenti d'une discrimination entre les IMG et les autres spécialistes ($p < 0,001$), des connaissances théoriques perçues comme inadaptées ($p < 0,01$), et l'absence de reconnaissance de leur travail ($p < 0,05$). Les internes de premier semestre étaient plus à risque ($p = 0,04$). La dépersonnalisation était également liée à la discrimination entre internes de médecine générale et des autres spécialités ($p = 0,04$). Les scores de burn-out n'étaient pas statistiquement corrélés à la charge horaire de travail.

Conclusion. Le burn-out des IMG nantais, qui concerne plus de la moitié d'entre eux, n'est pas lié à leurs horaires, mais semble favorisé par des connaissances théoriques inadaptées, un manque de reconnaissance et par une discrimination de la part des internes des autres spécialités. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux cerner ces facteurs et envisager une prise en charge et une prévention du burn-out.



Références

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burn-out. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
2. Barbier D. Syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *Presse Med* 2004;33:394-9.
3. Canoui P, Mauranges A. Le burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 3e éd. Paris : Masson, 2004.
4. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296:1071-8.
5. Shanafelt TD, West C. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2005;20:559-64.
6. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burn out and self reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
7. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004;292:2880-9.
8. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med* 2004;33:1569-74.
9. Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union régionale des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. 2002.
10. Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'Union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes. 2000.
11. 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;133:339-46.
12. Rivoire B, Colombat P, Perrier M, Léger I. Fréquence et étiologies du syndrome de burn-out chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. *Med Pal* 2003;2:302-6.
13. Guinaud M. Évaluation du burn-out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Thèse de médecine, université de Paris Val-de-Marne, 2006.