

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1572

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Charlie COSTA

Le 09/10/2015

**La santé mentale des internes en médecine : lancement d'une cohorte
au CHU de Toulouse**

Directeur de thèse : Professeur Jean-Marc SOULAT

JURY

Monsieur le Professeur SOULAT Jean-Marc	Président
Monsieur le Professeur BROCHARD Patrick	Assesseur
Madame le Professeur BALDI Isabelle	Assesseur
Monsieur le Professeur DRUET-CABANAC Michel	Assesseur
Madame le Docteur ESQUIROL Yolande	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUDX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYASSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURÉ	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARRATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUDAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
P.U.	
M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERS F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biochimie
Mme MAUPAS F.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MIEUSSET R.	Nutrition
Mme PERIQUET B.	Neurologie
Mme NASR N.	Physiologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

Aux membres du jury

A mon directeur de thèse et coordinateur de DES, **Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT**,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Chef, merci pour votre soutien en tant que directeur de thèse, mais pas que ... vous savez que mon arrivée en médecine du travail est plutôt le fruit du hasard ; y serais-je restée avec un autre coordinateur de DES ? Pas sûr ... Merci pour votre vision moderne de la discipline (même si des fois nous ne sommes pas d'accord ... et que je n'ai jamais hésité à vous le faire savoir !), pour votre pédagogie et pour l'attention que vous portez à chacun de nous.

Monsieur le Professeur Patrick Brochard,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier,

Tous mes remerciements pour votre participation à ce jury et pour la qualité de l'enseignement dispensé sur Bordeaux.

Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Professeur Isabelle Baldi,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier,

Je vous adresse toute ma reconnaissance pour siéger à ce jury de thèse et vous remercie également pour votre implication dans l'enseignement dispensé sur Bordeaux.

Je tiens ici à vous adresser toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Michel Druet-Cabanac,

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier,

Je vous remercie de me faire l'honneur de votre présence dans ce jury de thèse.

Veillez recevoir l'assurance de ma respectueuse considération.

Madame le Docteur Yolande Esquirol,

Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier,

Merci pour ton investissement dans notre formation et dans la recherche pour faire progresser la discipline ; merci pour ta disponibilité tout au long de notre cursus et pour la qualité de ton enseignement (je pense à toi à chaque fois que j'examine une épaule !)

Merci de participer à mon jury de thèse.

Sois assurée de mon entière gratitude.

Madame le Docteur Catherine Verdun-Esquer,

Praticien Hospitalier,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Jean-Mamax : malgré ta passion pour Katy Perry, tu restes un type cool ;) et oui c'est moi qui dis ça ... Merci de me parler malgré mes couleurs capillaires parfois discutables ...

Un grand merci également à ma belle-famille : Josy, Jean-François, Claire-Marie et Clem, je pense que vous allez devoir me supporter encore longtemps !

Une grande pensée pour mon demi-frère Romy, et mes 2 nièces Célia et Eva, que j'aurais plus le temps de voir également ...

J'ai également une pensée pour mes grands-parents, partis trop tôt, et particulièrement papy Loulou, qui doit bien rigoler d'où il se trouve (non papy, je n'ai pas fait psychiatrie !)

Aux personnes rencontrées pendant l'internat (et qui sont également des proches ...)

Autant mon externat a été un chemin de croix, autant mon internat fut bien plus enrichissant, grâce à ma spécialité (qui m'est un peu tombée dessus je dois bien l'avouer), qui me permet d'apprendre tous les jours avec plaisir (même si des fois c'est relou hein...), mais également grâce aux personnes qui ont croisé ma route et qui m'ont permis de devenir ce que je suis à la fin de ces 4 années de spécialité en médecine du travail : il serait trop long de toutes les citer, mais je remercie du fond du cœur tous mes tuteurs, mes co-internes et les équipes para-médicales des services où j'ai effectué mes stages (même celles des urgences ! je n'aurais jamais pensé dire ça un jour ...) pour leur gentillesse et leur patience ; j'ai également une grande pensée pour tous les patients (particulièrement Donald et Hugo) et salariés rencontrés pendant mon internat auxquels je pense souvent ...

Il y a des personnes que je tiens tout particulièrement à remercier :

Le « docteur » Chazal : tes rires résonnent encore à mes oreilles Christine, les patients d'hospitalisation de jour ont beaucoup de chance de t'avoir, tout comme j'ai eu la chance de partager 3 mois à tes côtés.

Ma super co-interne de psychiatrie, le Dr Couscoussinette : mes 6 mois en psychiatrie resteront marqués par ta sensibilité et ton don pour les mots croisés... Merci pour ta bonne humeur permanente et ton altruisme... et ma presque co-interne miss Warda : Cristina Cordula n'a qu'à bien se tenir ! Vous apportez du soleil dans la vie des patients, mais également dans celle de vos amis, je vous souhaite une bonne continuation à toutes les deux ...

Mon tuteur Thierry Castro : tu m'as dit un jour « je ne suis pas ton tuteur parce que je suis le meilleur, mais parce que je suis le seul à bien le vouloir » ; et bien merci d'avoir voulu ! Tu es le premier à m'avoir accordé ta confiance, et je t'en suis grandement reconnaissante ...

L'équipe de la MTPH, et particulièrement Aude et Danette, 2 maitres de stage en or, mais également Isa, Maryline (ou Cacahuète pour les intimes), Pascalou, Rose May et Cricri : vous êtes au top du top les filles ! Un IMMENSE merci pour votre aide à la réalisation de ce travail

(désolée pour l'apparition des TMS secondaires à l'utilisation de la photocopieuse...) Je n'ai jamais été aussi triste de quitter un stage (mais vous savez que c'était pour la bonne cause) ; vous m'avez toutes énormément appris et je garderai un souvenir inoubliable des 6 mois passés avec vous.

Ma Juju : tu as été l'une des plus belles rencontres de mon internat (ce qui n'était pourtant couru d'avance quand tu m'as parlé de tes poneys le premier jour !) : un merci tout particulier pour avoir réalisé la partie statistique de ce travail. Tu m'as laissé voir ce qui se cache sous tes airs d'écorchée tatouée ... Ton amitié m'est précieuse, et je sais qu'elle ne s'arrêtera pas là ...

Les chouquets, Mathias et Christine : j'ai été heureuse de partager mon internat avec vous, de partir en voyages à l'autre bout du monde (ou pas .. !) ; je sais que grâce à des personnes comme vous, la médecine du travail a encore de belles années devant elle ... Ma chouquette, je te remercie particulièrement pour ta gentillesse : du premier jour où tu as pris le stage en médecine interne que je ne voulais pas, en passant par le stage de patho pro où tu faisais certaines choses à ma place (que je ne savais même pas que je devais faire !) jusqu'à la fin où tu m'as donné tous les conseils pour mettre en page cette thèse ... 1000 mercis à toi. J'espère qu'on trouvera tous les 3 plus de temps pour se voir ... vous me manquez !

Ma Linette : j'aime ta force de caractère et ta franchise, nous nous recroiserons j'en suis certaine ! Bonne continuation à toi, Nico et Arthur ...

Les autres co-internes de la médecine du guetto (TomTom, Saminouch, Lubiatch, Bousbous, Hélène, Milie, Betty ...) : ne changez rien, vous déchirez !

Les équipes de l'AMETRA à Montpellier, merci :

- A Thierry qui m'a permis de venir à Montpellier,
- A l'« Emmaus team », Maryse, Aurélie et Cathy qui ont été (et sont !) un vrai soutien ...
- A Arinette, qui représente bien plus qu'une secrétaire ou un coach sportif à mes yeux ...
- A Justine, qui me soutient dans ma passion pour les « trucs trucs » de filles (et qui m'a fait prendre du retard sur ma thèse à cause de Pinterest ! dois-je vraiment te dire merci ?)
- Aux docteurs Milliau, Fobis, Abeille et Lembeye pour leur gentillesse et les discussions (professionnelles, mais surtout extra professionnelles ...) que nous avons : j'espère que nous en aurons beaucoup d'autres !
- Et enfin à toute l'équipe de Lattes, et particulièrement Annie, Richard, Laetitia, Mélanie, Jessica et Rémy qui me font me sentir presque comme chez moi à Montpellier ...

Un merci tout particulier à Sophie Mechali : tu es un vrai exemple pour moi Sophie, merci pour le temps que tu m'accordes et pour ta bienveillance... Je suis très contente de pouvoir continuer ma route à tes côtés (on ne partira plus jamais à 19h15 à cause de l'imprimante couleur, je te le promets ...)

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

GLOSSAIRE

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

ECN : Examen Classant National

FHF : Fédération Hospitalière de France

DG : Direction Générale

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CME : Commission Médicale d'Etablissement

ISNI : InterSyndicat National des Internes

MBI : Maslach Burnout Inventory

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisé

GHQ : General Health Questionary

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

AP : Accomplissement Personnel

EE : Epuisement Emotionnel

DP : Dépersonnalisation

CY : Cynisme

EP : Epuisement personnel

CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

MBI-GS : Maslach Burnout Inventory General Survey

MBI-HSS : Maslach Burnout Inventory Human Services Survey

GO : Gyneco-obstétrique

AWLS : Areas of Worklife Survey

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies (10ème édition)

BDI : Beck Depression Inventory

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

BO : Burnout

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

UWES : Utrecht Work Engagement Scale

SF 36 : Short Form 36 (Health Survey)

DUWAS : DUtch Work Addiction Scale'

KCE : 'Kenniscentrum' – 'Centre d'Expertise' (Centre fédéral d'expertise des soins de santé en Belgique)

MTPH : Médecine du Travail et du Personnel Hospitalier

DTP : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

LMDE : La Mutuelle Des Etudiants

Introduction

Au cours des études médicales, l'internat est une période importante pour l'étudiant en médecine : en effet, c'est au cours de ces années qu'il se forme à la spécialité qu'il exercera par la suite.

Période enrichissante aux yeux de tous, elle est vécue de manière plus ou moins éprouvante par les internes ; la question de leur « mal être » n'est certainement pas nouvelle, mais elle est de plus en plus soulignée par eux-mêmes, leur représentant, et également par le corps professoral.

Les conditions de travail au cours de l'internat semblent pouvoir expliquer une partie du phénomène : les internes sont confrontés à une charge de travail importante, avec des horaires extensibles, ils travaillent la nuit au cours de leurs astreintes ou de leurs gardes, ils sont en contact permanent avec les patients et leur famille, doivent gérer certaines questions éthiques difficiles, avec des niveaux d'autonomie variables en fonction des terrains de stage ... mais elles ne sont peut être pas les seules responsables de ce « mal être ».

De nombreuses études et thèses de médecine s'intéressent à la santé des internes ; l'étude de l'épuisement professionnel, ou burnout, est particulièrement en vogue ces dernières années. Des études récentes font état de taux très élevés de burnout au sein de cette population, mais quelle valeur donner à ces chiffres ?

En effet, la plupart des études réalisées sont transversales, et ne permettent donc pas d'expliquer comment s'installent les troubles observés dans cette population de jeunes médecins.

Pour mesurer l'impact réel des conditions de travail sur le vécu des internes, il nous semble indispensable de réaliser une étude longitudinale qui permettra (ou non) de mettre en valeur une potentielle dégradation de la santé des internes au cours de leur internat.

L'objectif principal de ce travail est de réaliser un état des lieux de la santé des étudiants en médecine avant leur prise de poste en tant qu'interne. Pour cela, un protocole de suivi d'une cohorte d'internes a été débuté au CHU de Toulouse. Cette cohorte piégée est composée des internes ayant passés l'ECN en 2014 et qui ont choisi Toulouse comme ville de formation pour leur internat ; toutes les spécialités y sont représentées (spécialités médicales, chirurgicales et médecine générale).

Seule la phase d'inclusion sera présentée ici ; il est prévu que les internes soient revus à 2 ans et à 4 ans, mais les résultats seront présentés dans des travaux ultérieurs.

Afin de pouvoir mener à bien ce travail, il semble nécessaire dans un premier temps de réaliser une étude de la littérature qui porte sur la santé des internes en médecine, ainsi que sur les études réalisées sur « internes et burnout ».

L'épuisement professionnel étant une problématique très discutée actuellement, il nous a semblé pertinent de réaliser, dans un second temps, une étude exhaustive de la littérature sur ce sujet.

Enfin, il sera développé la mise en place du protocole réalisé au CHU de Toulouse (cité précédemment), dont la finalité sera d'identifier les facteurs de risque professionnels responsables, entre autres, d'épuisement professionnel chez les internes des différentes spécialités.

Nous parlerons enfin des forces et faiblesses de cette étude, ainsi que des perspectives qu'elle offre.

Table des matières

I.	Etat des lieux de la santé des internes	5
A.	Pourquoi chez les internes ?	5
1.	Facteurs de risques identifiés	5
2.	Coping des internes en médecine	10
a)	Les grandes théories du stress	10
b)	Définition du coping et modèle binaire	13
c)	Les stratégies d'ajustement	15
d)	Les stratégies de coping des étudiants en médecine	15
B.	Etude de la littérature portant sur les internes	16
1.	La santé des internes	16
2.	Internes et burnout	20
II.	Approfondissement d'une des pathologies dominantes : l'exemple du burnout	30
A.	Le concept de burnout	30
1.	Historique	30
2.	Une vision unique ?	31
a)	Les différents modèles	31
b)	Définition(s)	35
c)	Description clinique	37
3.	Facteurs pouvant moduler le burnout	47
a)	Les facteurs favorisants	47
b)	Les facteurs protecteurs	50
B.	La mesure du burnout	51
1.	Le Maslach Burnout Inventory (MBI)	51
2.	Le Burnout Measure (BM)	57
3.	Le Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)	60
4.	Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	62
5.	L'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)	65
6.	Le Spanish Burnout Inventory (SBI)	67
7.	Le test de pré diagnostic de Burn Out	69
8.	L'échelle DUWAS	70
C.	Le prise en charge du burnout	70
1.	Rappel de définitions	70
2.	Grands principes de la prévention	72
a)	Prévention centrée sur le travail	72
b)	Prévention centrée sur l'individu	73
III.	Mise en place d'un protocole de suivi des internes	74

A.	Présentation de l'étude	74
1.	Objectif de l'étude	74
2.	Présentation de la cohorte	75
3.	Matériel et méthodes	75
a)	Le déroulement de l'étude	75
b)	Le questionnaire utilisé	76
4.	Recueil des données et analyse statistique	77
B.	Résultats	77
1.	Statistiques descriptives : caractéristiques de la population étudiée	77
a)	Situation personnelle	78
b)	Santé	81
c)	La santé mentale	82
d)	Le mode de vie	84
e)	Les études de médecine	85
f)	Echelle HAD	90
C.	Discussion	92
1.	Points forts de l'étude	92
2.	Biais et limites de cette étude	92
3.	Comparaison à d'autres études et critiques	94
IV.	Conclusion	96
V.	Bibliographie	97
VI.	ANNEXE 1 : Les tests diagnostics	104
VII.	ANNEXE 2 : Le questionnaire distribué aux internes	109
VIII.	ANNEXE 3 : Antécédents des internes	114

I. Etat des lieux de la santé des internes

A. Pourquoi chez les internes ?

Dans cette première partie, nous allons essayer de comprendre quels sont les facteurs potentiellement responsables d'une dégradation de la santé des étudiants en médecine pendant leur internat, quels sont les stratégies d'adaptation qu'ils peuvent développer afin d'y faire face et quels résultats sont retrouvés dans la littérature les concernant spécifiquement.

1. Facteurs de risques identifiés

Ils sont nombreux, et la liste qui suit n'est certainement pas exhaustive ; nous resterons assez généralistes dans cette partie, chaque spécialité médicale ayant elle-même des risques spécifiques, mais nous en reparlerons plus tard lors de l'étude de la littérature.

- **Le statut de l'interne**

Il est défini par l'article R6153-2 du code de la santé publique, modifié par le décret n°2015-225 du 26 février 2015 article 1 ; l'interne est un « praticien en formation ». C'est un statut à mi-chemin entre celui d'étudiant et celui de médecin (plus tout à fait étudiant, mais pas encore tout à fait médecin), ce qui est parfois assez difficile à gérer ; il doit continuer son apprentissage dans la spécialité qu'il a choisi (et qu'il ne connaît des fois pas très bien), mais doit également commencer à prendre en charge des patients, et tout ce que cela implique : prescriptions, relation d'aide, familles des patients, fonctionnement « pratico-pratique » de l'hôpital ..., aspects pour lesquels il n'a pas toujours été préparé pendant son externat.

- **Les exigences du travail**

Cognitives : certaines tâches demandent une concentration prolongée, ce qui n'est pas toujours évident, surtout au vue de certains emplois du temps (gardes, astreintes ...) qui peuvent entraîner des dettes de sommeil importantes.

Temporelles : une modification des textes vient d'avoir lieu. En effet, d'après le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 (applicable depuis le 1er mai 2015), les obligations de service des internes se définissent dorénavant avec une formation en stage et hors stage répartie de la manière suivante :

- 8 demi-journées/semaine en stage (dans les services) en moyenne sur le trimestre ; à noter que les gardes et astreintes doivent être comptabilisées dans ces 8 demi-journées (1 garde correspondant à 2 demi-journées)
- 2 demi-journées/semaine hors stage en moyenne sur le trimestre, dont « 1 demi-journée hebdomadaire de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité et 1 demi-journée hebdomadaire que l'interne utilise de manière autonome pour consolider et compléter ses connaissances et ses compétences ».

Il est également précisé dans les textes que « le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage ».

On compte donc 10 demi-journées de formation, contre 11 jusqu'alors.

Ce décret fixe à 48h/semaine le temps de travail des internes (8 demi-journées de stage + demi-journée de formation), et prévoit un système de récupération en cas de dépassement, avec un droit de recours (local et/ou régional) si ces dispositions ne sont pas respectées.

Ce texte cherche bien évidemment à améliorer les conditions de travail des internes et à cadrer davantage leur temps de travail, car jusqu'à aujourd'hui, la France était "à la traîne" par rapport à d'autres pays européens sur ce sujet. En effet, le sujet de l'adaptation du temps de travail des internes est déjà discuté depuis 2 ans, la France ayant déjà été mise en demeure sur ce sujet par la Commission européenne en juin 2013.

Il semblerait que l'application de ce texte soit en pratique impossible, ou tout du moins difficile à mettre en place dans certains hôpitaux, en témoigne la lettre envoyée à la ministre de la Santé par la FHF, la conférence des DG de CHRU et de CH, les présidents de CME de CHU et de CH ainsi que les doyens de faculté de médecine qui appelle à repousser d'un semestre la mise en place de ce décret.

D'autres décrets visant la limitation du temps de travail des internes existent déjà :

- le décret n° 2011-954 du 10 août 2011 qui porte sur le temps de travail des internes, qui ne doit pas dépasser 48h/semaines : or une enquête de l'ISNI réalisée en 2012 montre qu'en moyenne, un interne travaille 60 heures/semaine (1). Dans certains stages (les urgences par exemple, certains sont amenés à travailler jusqu'à 90h/semaine.
- l'arrêté relatif aux gardes des internes et à la mise en place d'un repos de sécurité d'une durée de 11 heures, qui date du 10 septembre 2002 : pourtant, une enquête réalisée fin 2014 par la conférence des directeurs généraux montre que les textes ne sont toujours pas appliqués. Le

repos de sécurité n'est toujours pas respecté dans 20% des cas, soit 1 hôpital sur 5 (avec plus de 70% en chirurgie) ; dans presque 70% des cas, il ne l'est pas à la demande du responsable du service, et 57% des internes n'ayant pas eu de repos de sécurité enchaînent avec une autre journée de travail...

Sociales : la "pression sociale" peut se situer à différents niveaux, tant avec les différentes équipes avec lesquelles l'interne doit collaborer (en sachant qu'il en change tous les 6 mois), qu'au niveau des familles des patients, ou des salariés occupant les postes "administratifs" de l'hôpital...

- **Le domaine d'activité / la charge émotionnelle**

Les premiers cas de burnout, tout comme les premiers tests diagnostic (et notamment le MBI), ont été décrits et créés pour des professions liées à la relation d'aide, ce qui est bien évidemment le cas pour le domaine de la santé.

La relation d'aide entre le soignant et le soigné n'est pas toujours évidente, et le passage de la théorie à la pratique pas toujours aisé ; les internes développent des stratégies de coping plus ou moins adaptées. L'une d'elle, la dépersonnalisation, correspond à un des piliers du trépied diagnostic du burnout selon C. Maslach, comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce travail.

La confrontation à la souffrance et la mort, plus ou moins présente en fonction des spécialités, est également un des aspects de la profession qui peut fragiliser l'interne au cours de son cursus.

- **La jeunesse**

Lorsqu'un étudiant commence son internat, il a aux alentours de 25 ans, et peu d'expérience « pratique » accumulée dans sa spécialité, voire absolument aucune ; or, d'après les travaux de Freudenberg et Cherniss, ce sont les salariés les plus jeunes et donc les moins expérimentés qui sont le plus sujets au syndrome d'épuisement professionnel.

- **Le curriculum caché**

Selon P. Perrenoud, il existe 2 cursus qui se complètent, dans n'importe quel champ éducatif : le curriculum prescrit ou formel, et le curriculum réel ou réalisé.

La partie prescrite correspond à la programmation du parcours éducatif tel qu'il est prévu par les textes, c'est donc la partie théorique (ce qu'est sensé apprendre l'étudiant en médecine au cours de son internat).

La partie formelle, quant à elle, correspond à l'expérience acquise par l'étudiant au cours de son internat ; c'est donc ce qu'il apprend « vraiment », au niveau théorique grâce à ses cours de DES ou ses lectures scientifiques personnelles, ou au niveau pratique grâce à ses différents terrains de stage. Dans cette partie réside ce que P. Perrenoud appelle le curriculum « caché », qui correspond aux acquisitions implicites de l'interne pendant son cursus (2) ; dans cette partie cachée réside parfois des exigences très élevées que s'inflige l'interne à lui-même (par exemple, l'interne de médecine générale doit connaître l'ensemble des pathologies et des thérapeutiques, ou l'interne de médecine du travail doit connaître tout le code du travail) et qui sont bien évidemment des sources de stress.

- **La charge de travail**

De nombreuses études montrent que l'impossibilité de contrôler le volume et le rythme de travail sont des stressseurs importants (Smith, 2001 ; Sekiou, 1998; Pépin, 1991; Chanlat, 1986). Abord de Chatillon (2003) précise que la charge de travail quantitative (volume de travail) et qualitative (difficulté de la tâche) conduisent au stress.

C'est ce facteur de risque qui est le plus visible pendant l'internat, et commun à toutes les spécialités : malgré les horaires « à rallonge », beaucoup d'internes n'ont pas le temps d'effectuer toutes les tâches qui leur sont dévolues pendant leurs journées de travail et en ramènent bien souvent une partie à la maison (préparation de réunions sur dossiers, ou réalisation de power point à présenter en réunions de service ...).

Cette lourde charge de travail a également comme conséquence, dans certains cas, de donner à l'interne la sensation de ne pas pouvoir tout faire correctement.

D'un point de vue plus « pratico-pratique », le manque de temps est une raison souvent évoquée par les internes (et les médecins en général) pour justifier leur absence de suivi médical, ce qui explique en partie la dégradation de leur santé. Si nous prenons l'exemple du médecin traitant, des études montrent que près de 80% des médecins français n'en ont pas.

- **Déséquilibre vie privée / vie professionnelle**

Selon Nelson et Burke (2002), le bien-être des salariés dépend en partie de leur capacité à concilier vie privée-vie professionnelle. Vouloir conjuguer en permanence, rôle familial et rôle professionnel, et ne pas toujours y arriver entraîne des conséquences plus ou moins visibles (Prévost et Messing, 2001 ; Najem et al., 2006) : stress et épuisement professionnel (Guérin et al., 1997), diminution de l'engagement, augmentation du turnover, de l'absentéisme et des retards au travail (Paris, 1989 ; Prévost et Messing, 2001 ; Tremblay, 2007 ; Tremblay et al., 2006, Truchot, 2004).

Pour l'interne, ce déséquilibre est une conséquence directe des exigences temporelles et de la charge de travail : en rentrant à 20h, ou en enchaînant les gardes et astreintes, avec la quantité de travail rapportée à la maison ... il est difficile de trouver du temps pour les loisirs ou la pratique d'un sport ; la vie sociale (voir la famille et/ou les amis) s'appauvrit également, alors que leurs remarques des proches pourraient provoquer une prise de conscience chez lui.

- **Le rapport à l'autonomie**

Toujours très discutable en fonction des terrains de stage : soit trop peu, ce qui a pour effet l'ennui, voire la perte de confiance ; soit beaucoup trop, et de manière pas forcément adaptée, ayant pour conséquence un stress important avec la peur de l'erreur médicale en particulier.

- **L'esprit de compétition**

Depuis la P1, l'étudiant en médecine est constamment en concurrence avec ses semblables : pour le concours de fin de première année, puis pour celui de l'internat, puis pour obtenir une place de chef à l'hôpital ... Toutes ces étapes ont pour conséquence de développer chez les étudiants en médecine un esprit de compétition acéré, entraînant chez certains un individualisme prononcé. Et dans ce contexte de banalisation du travail, l'interne développe un seuil de tolérance très élevé en termes d'horaires de travail notamment, ou de charge de travail. Il est donc difficile pour certains d'exprimer leur souffrance lorsqu'ils voient qu'autour d'eux, leurs futurs confrères qui ont les mêmes conditions de travail, trouvent que tout est "normal" et ne trouvent rien à y redire...

- **Les conflits éthiques**

Au cours de son internat, l'interne peut être amené à faire des choses qui sont contraires à son éthique personnelle : c'est probablement un des facteurs les plus difficiles à vivre, car il touche au sens même du travail et de la perception qu'on a de celui-ci.

- **Autres**

Choix par défaut de sa spécialité, ou de sa ville, ce qui génère bien entendu des frustrations ; crainte de l'erreur médicale ; manque de reconnaissance de la part des chefs, ou des équipes en général, voire de ses co-internes ...

2. Coping des internes en médecine

Comme nous venons de le voir, les internes font face à de nombreuses difficultés au cours de leur cursus qui génèrent des niveaux de stress plus ou moins importants. Avant d'étudier le coping, nous ferons un bref rappel sur les différentes théories du stress puis enfin nous étudierons quelles stratégies sont les plus utilisées chez les internes.

a) Les grandes théories du stress

- **Le syndrome général d'adaptation (SGA)**

Ce syndrome a été développé par Hans Selye dès 1946 : il correspond à la réponse physiologique du corps humain face à un ou plusieurs stressor(s), physique(s) ou psychologique(s).

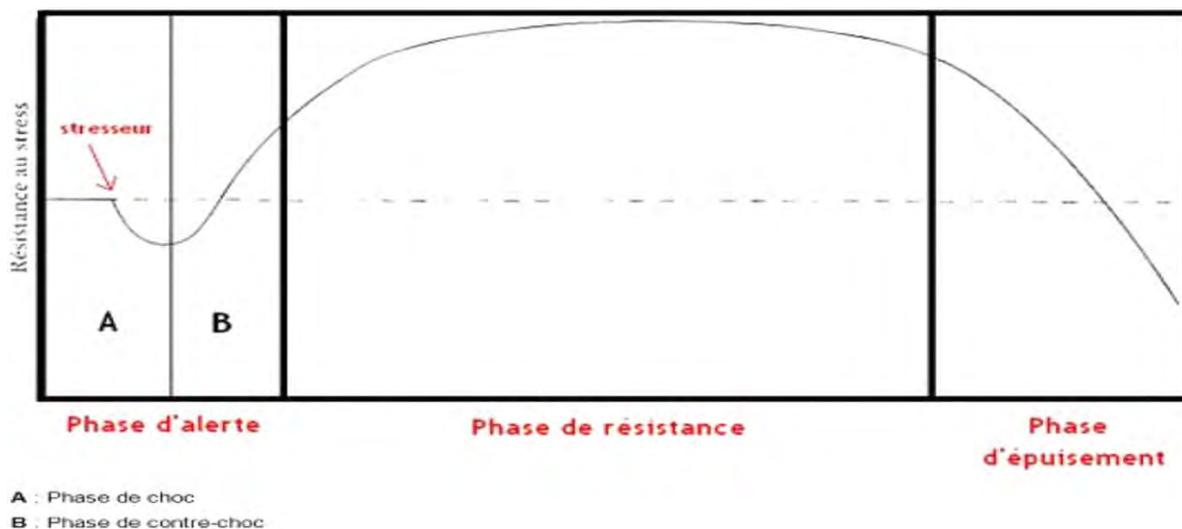
Il se divise en 3 phases :

- la phase d'alarme (réponse du cerveau), qui englobe l'ensemble des réactions non spécifiques de l'organisme lors de l'exposition soudaine à un stressor qui lui est inconnu et auquel il n'est pas adapté. L'auteur divise cette phase en 2, le choc (A) et le contre-choc (B). Le choc correspond au tout début du processus, à la réponse de l'organisme à l'agression (réponse inadaptée qui provoque une souffrance chez l'individu : tachycardie, hypotension ...) ; cette phase dure maximum 24h. Elle laisse ensuite place au contre choc, qui correspond à l'exact opposé de la phase de choc, l'organisme mettant en place des moyens de défense actifs. Si le stimulus se poursuit, on entame la phase suivante.
- La phase de résistance (réponse du corps), définie par Selye comme "l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongée de l'organisme à des

stimuli nocifs auxquels il s'est adapté au cours de la réaction d'alarme" ; c'est une prolongation du contre choc. L'organisme s'adapte tant bien que mal à la situation stressante. Si le stresser persiste, on atteint la dernière phase.

- La phase d'épuisement : face à cet environnement devenu hostile, l'organisme perd la possibilité de s'adapter et repasse sur un mode de défense passif (comme lors de la phase de choc). Cette phase ne devant normalement pas dépasser 24h, il finit par s'épuiser.

Cette description (très simpliste), est représentée sur le schéma suivant :



- **L'approche interactionniste**

Selon cette approche, l'origine du stress réside dans le décalage qu'il peut y avoir entre la situation de travail et l'individu. Il existe un déséquilibre entre les exigences des conditions de travail et les caractéristiques de l'individu. Cette conception offre l'avantage d'aborder le stress professionnel en fonction des caractéristiques du travailleur, des fonctions du travail et de leurs interactions.

Le modèle développé par Ivancevich et Mateson en 1984 permet de bien illustrer cette théorie : de manière schématique, un salarié avec une personnalité de type A (caractérisée par l'impatience, l'esprit de compétition, l'agressivité, la rapidité) est fait pour travailler dans un environnement de type A, qui correspond à un environnement contrôlable, à allure rapide, présentant des défis importants et encourageant l'autonomie. Si il se retrouve à travailler dans un milieu de travail de type B (qui présente toutes les caractéristiques opposées), il se retrouvera en situation de stress.

Si cette approche du stress professionnel prend en compte l'environnement, elle n'est pas à même d'expliquer la manière dont les travailleurs s'y adaptent, et donc d'expliquer toutes les situations « intermédiaires ».

- **L'approche transactionnelle**

Cette approche repose en grande partie sur les travaux de Lazarus et Folkman (3) : selon cette théorie, le stress ne vient pas de la nature du (ou des) stresser(s), mais de la perception que la personne s'en fait. Il est ici mis en évidence l'influence de la perception de la situation par l'individu sur le stress professionnel, ainsi que la mise en œuvre par l'individu de mécanismes d'adaptation (stratégies de coping). Le stress ne réside donc ni dans l'environnement, ni dans l'individu, mais dans la transaction entre les deux.

Ici le stress est un état psychologique qui implique à la fois des aspects cognitifs et émotionnels. Ceci explique pourquoi les sources de stress professionnels provoquent des réactions différentes selon les personnes : ce qui est stressant pour l'un peut être anodin pour l'autre. La nature subjective du stress implique également que les niveaux de stress varient pour une même personne selon les circonstances.

- **La théorie de préservation des ressources**

C'est actuellement la théorie qui sert de plus en plus de référence à différents modèles de recherches sur le burnout. Elle a été élaborée par Hobfoll dès 1989 puis en 2001 (4) (5).

Selon Hobfoll, les individus cherchent en permanence à obtenir, conserver, protéger et développer des ressources, qu'il définit comme étant "ce que les gens valorisent et qui leur permet d'obtenir et/ou de protéger ce qu'ils apprécient". Les ressources sont multiples (il en identifie pas moins de 74) et divisées en 4 catégories :

- les objets, ou possessions (vêtements, bijoux, voiture, argent ...)
- les conditions de vie, acquises ou héritées, qui permettent de posséder d'autres ressources ou d'en faciliter leur accès (sécurité financière, stabilité professionnelle et familiale...)
- les caractéristiques personnelles (qualités intrinsèques de l'individu, compétences particulières...)
- les ressources "énergétiques", qui sont des éléments qui favorisent le dynamisme et qui permettent de faire le lien entre les catégories (connaissance, reconnaissance, soutien, capacités de communication et d'organisation ...)

Toutes les ressources sont liées entre elles : le gain ou a contrario la perte d'une ressource dans une catégorie retentira sur les autres (principe du cercle vertueux ou vicieux).

Cette théorie repose sur 2 principes fondamentaux. Le premier est la primauté des pertes : en résumé, la perte d'une ressource (ou la crainte de la perdre) a un plus grand impact sur l'individu que son gain. Le deuxième principe est la nécessité d'investir les ressources. L'être humain cherche activement à créer un monde qui lui apporte plaisir et réussite ; pour cela, il cherche à avoir le plus de ressources possibles. Cette stratégie de coping proactif lui permet donc de se placer (lui et ses proches) dans une situation favorable, mais également de faire face en cas de perte de ses ressources.

Selon ce schéma, le stress provient donc d'un déséquilibre entre les ressources d'un individu (qu'elles soient psychologiques, sociales ou économiques), et les pertes, assimilées ici aux exigences de certaines conditions de travail. Chaque situation de stress est évaluée en fonction du risque de perte ou de la perte réelle de ressource(s).

Le burnout apparaît donc dans 3 situations : lorsque l'individu perd une ressource, lorsqu'il existe une menace qu'il perde une ressource ou surtout lorsqu'aucune ressource nouvelle ne vient compenser celle(s) qu'il a perdue(s).

Une particularité de cette théorie est qu'ici, la réaction face au stress n'est pas quelque chose de strictement individuel ; Truchot l'exprime ainsi : "face à une menace, les membres d'une collectivité produiront les mêmes évaluations et les mêmes réponses liées à des modèles sociaux opératoires", la réaction face au stress est donc sous-tendue par son appartenance et son partage avec d'autres individus d'un même groupe social.

b) Définition du coping et modèle binaire

Le coping correspond à « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources » (R. Lazarus et R. Saunier, 1978) ; cette définition sera complétée quelques années plus tard grâce au modèle transactionnel vu ci-dessus ; il se définit alors comme « l'ensemble des efforts cognitifs, affectifs et comportementaux, variables et instables, que l'individu déploie pour gérer, tolérer et diminuer les demandes externes et internes spécifiques, faites par la transaction individu/environnement, qui excèdent ses ressources personnelles et menacent son bien être » (Lazarus et Folkman, 1984).

D'après le modèle transactionnel, le coping se fait en 2 phases : une phase d'évaluation et une phase d'ajustement.

La phase d'évaluation est la conception cognitive du stress : l'individu évalue la nature de la situation, sa gravité et ses probables conséquences puis il va évaluer les ressources personnelles et/ou sociales dont il pense disposer pour y faire face. La deuxième phase représente l'effort du sujet pour faire face aux menaces, et correspond aux stratégies de coping proprement dites (ou stratégies d'ajustement) ; elle est directement dépendante de la première phase.

Ce modèle présente un certain nombre défaut (il ne prend pas en compte les antécédents des individus, il ne prend pas en compte non plus les facteurs collectifs, ou organisationnels, occupant pourtant une place importante dans le monde du travail) ; d'autres modèles ont donc été créés, notamment le modèle intégratif, que nous ne développerons pas ici.

Le modèle proposé par Lazarus et Folkman, dit modèle binaire, distingue :

- Le "coping problem focused", ou coping actif : ce sont toutes les stratégies mises en place par l'individu qui sont centrées sur le problème. Il a pour but de modifier la source du problème et de résoudre la situation vécue de manière stressante. Il est associé en général à un faible stress perçu et à un contrôle perçu important.
- Le "coping emotion focused", ou coping palliatif : ce sont l'ensemble des stratégies développées par un individu qui sont centrées sur ses émotions : nous pouvons par exemple citer la distanciation, l'évitement, le "self control" ... Il vise à réduire, voire à faire disparaître, la détresse émotionnelle induite par des situations stressantes. Il est, à l'inverse du premier, associé à un stress perçu important et à un faible contrôle.

Les deux coping peuvent être utilisés conjointement pour essayer de résoudre un problème, et le fait de choisir l'un ou l'autre dépend de nombreux facteurs, notamment contextuels (les caractéristiques du stressé : contrôlable ou incontrôlable par exemple / le soutien social ...), socio-biographiques (sexe, statut socio-économique...) ou encore les facteurs de personnalité (caractéristiques personnelles).

A ces 2 coping s'ajoute la recherche de soutien social, souvent analysée dans les études qui s'intéressent au coping, et qui représente les efforts du sujet pour trouver de l'aide et obtenir la sympathie d'autrui. Il s'agit de tout ce qui est mis en œuvre par l'individu en vue d'obtenir une écoute, des informations, des conseils ou encore une aide matérielle.

c) Les stratégies d'ajustement

La stratégie d'ajustement est considérée comme un médiateur entre le stresser et le stress ressenti par l'individu ; elle a pour but de maintenir un bon niveau d'adaptation psychosocial chez les individus durant les périodes stressantes (Holahan et Moos, 1991), mais également de les protéger, soit en modifiant les sources de stress, soit en maintenant les réactions émotionnelles en dessous d'un niveau acceptable (Zeidner et Saklofske, 1996). Il existerait, selon Mcrae (1984), pas moins de 28 stratégies d'ajustement.

Il est important de garder en mémoire qu'une stratégie de coping n'est ni bonne ni mauvaise en elle-même, elle n'est efficace que si "elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique" (Bruchon Schweitzer, 2002). Nous verrons cependant par la suite qu'à long terme, elles ne présentent pas toutes la même efficacité.

Folkman, Lazarus et al. détaillent 8 stratégies d'ajustement (6) :

La confrontation (centrée sur le problème)	Prendre des mesures actives et radicales - souvent accompagnées de colère et d'une prise de risque importante- pour changer la situation / Tenir bon et se battre pour obtenir gain de cause.
La mise à distance (centrée sur l'émotion)	Faire un effort cognitif pour se distancier de la situation ou pour changer de point de vue / prendre du recul.
Le contrôle de soi (centré sur l'émotion)	Tenter de moduler ses sentiments ou ses actions, cacher ses émotions.
La recherche de support social (centrée sur le problème et l'émotion)	Tenter d'obtenir des informations ou du soutien émotionnel, des conseils...
Accepter la responsabilité (centrée sur le problème)	Reconnaître son rôle dans le problème et essayer de modifier les choses dans le sens de sa responsabilisation dans le futur (autocritique)
L'évitement / L'échappement (centrée sur l'émotion)	Pensées magiques sur la situation ou fuir le problème par des stratégies dysfonctionnelles (substances addictives, nourriture, médicaments...)
La résolution du problème (centrée sur le problème)	Analyser la situation pour obtenir des solutions et entreprendre des actions pour corriger le problème.
La réévaluation positive (centrée sur l'émotion)	Positiver, tenter de donner une nouvelle signification à la situation afin de s'améliorer, utiliser l'expérience.

d) Les stratégies de coping des étudiants en médecine

Dans sa thèse « Les stratégies d'ajustement face au stress des internes en médecine générale », Salam Haidar (7) détaille les différents types de coping utilisés par les étudiants en fonction de 4 facteurs : la vie personnelle et le soutien social, les stratégies de coping, les données socio-biographiques et l'évolution dans le temps. Le résumé de cette recherche bibliographique est synthétisé dans le tableau suivant :

Facteurs influençant le coping	Résultats retrouvés dans la littérature
1/ La vie personnelle et le soutien social	<ul style="list-style-type: none"> - Les étudiants ayant un niveau de satisfaction personnelle élevée et une stabilité dans leur vie personnelle font appel à des stratégies centrées sur le problème et au soutien social - La vie sociale et la pratique de sport sont inversement associées à une symptomatologie dépressive - Une vie personnelle satisfaisante est associée à un faible risque de burnout - Une bonne gestion des loisirs diminue le stress ressenti par les étudiants
2/ Les stratégies de coping	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation de stratégies centrées sur le problème est associée à une diminution des symptômes de la dépression et du stress et à une augmentation du bien être psychique et du sentiment d'efficacité personnelle - L'utilisation de stratégies centrées sur le problème (comme la hiérarchisation ou l'acceptation de la situation) et la recherche du soutien d'autrui sont plus utilisées que les stratégies centrées sur l'émotion, comme l'évitement par la consommation de substances addictives par exemple
3/ Les données socio-biographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes ont un coping moins efficace que les hommes - Les étudiants les plus âgés ont des stratégies de coping plus actives que les plus jeunes - Les étudiants ayant des parents médecins ont une pression psychologique plus importante que les autres, ce qui favorise l'apparition de morbidités psychologiques
4/ L'évolution dans le temps => on note au fil des années d'étude :	<ul style="list-style-type: none"> - Une augmentation du stress et des symptômes anxieux, ce qui a pour conséquence le développement de stratégies dysfonctionnelles (consommation d'alcool, diminution de la vie sociale) et l'augmentation des symptômes dépressifs - Une diminution du degré de satisfaction de vie.

D'après ces résultats, les étudiants les plus à risque de présenter des niveaux importants de stress sont les femmes, ceux qui ont une satisfaction de vie basse et ceux qui ont des parents médecins. Le cas des étudiants les plus avancés dans le cursus est intéressant : ils utilisent davantage de stratégies de coping actives, mais ces dernières semblent pouvoir agir un temps ; elles finiront par être dépassées, ce qui entraînera une augmentation des stratégies inadaptées et une diminution du degré de satisfaction de vie.

B. Etude de la littérature portant sur les internes

1. La santé des internes

Avant de nous lancer dans notre étude, il me semble judicieux de faire un point sur la littérature existante : peu d'études ont été réalisées au niveau national ; nous allons citer ici les plus récentes (d'abord celle sur la santé physique, puis celles sur la santé psychique).

Cela nous permettra de comparer notre cohorte aux échantillons déjà étudiés.

Une étude assez récente s'intéresse au suivi médical des internes au cours de leur troisième cycle d'internat (8). C'est une étude transversale descriptive, dont l'échantillon est constitué des internes inscrits en troisième année à la faculté d'Angers en 2011-2012. On observe un fort taux de réponse (81%). Les résultats de cette étude montrent que d'une manière générale, les internes ne prennent pas bien soin d'eux : deux tiers des internes estiment que leur suivi médical est moyen, voire insuffisant ; 50% n'a pas consulté de médecin généraliste au cours de son internat, et près d'un quart ne s'est jamais rendu au service de santé au travail. Moins de 2% consultent en cas de pathologie bénigne, et deux tiers pensent avoir besoin d'un médecin traitant. Au niveau des traitements médicamenteux, 80% ont déjà pratiqué l'auto prescription (1 interne sur dix pour un traitement hypnotique et 13% pour des anxiolytiques type benzodiazépines). Les jeunes médecins ont donc du mal à se faire suivre par leurs collègues plus âgés, et préfèrent se débrouiller seul pour la grande majorité.

En 2010, des enseignants de la région Centre se sont interrogés sur les facteurs de décompensation au cours de l'internat (9) ; ils ont réalisé une étude transversale chez les 121 internes inscrits au DES de médecine générale dans la région centre. L'étude est divisée en 2 : une partie quantitative et une partie qualitative.

La partie quantitative est constituée d'un questionnaire qui explore les données sociodémographiques, l'état de santé, l'activité professionnelle (quantité de travail, nombre de gardes et d'astreintes, présence du senior pendant les gardes, repos de sécurité ...) et la consommation de substances psychoactives des internes ; plusieurs autres questionnaires sont également distribués (le questionnaire effort/récompense de Siegrist, une échelle de santé globale graduée de 0 à 9, le GHQ 28 qui évalue la santé psychique et le DETA qui évalue la consommation d'alcool). Le taux de réponse est égal à 91%. Les résultats de cette partie montrent que :

- 65,1% des étudiants souffrent de mal être psychique (score > 4/28 sur l'échelle GHQ 28)
- Deux tiers des étudiants ont un score de santé globale inférieur ou égal à 7 (en sachant que le « mal être psychique » est deux fois plus fréquent chez les internes qui ont un GHQ inférieur ou égal à 7)
- 4,5% des internes consomment régulièrement des substances psychoactives
- 12% ont une consommation excessive d'alcool
- Un tiers des internes ont un déséquilibre effort/récompense au test de Siegrist

D'après cette étude, le mal être des internes est statistiquement lié aux contraintes liées au parcours (internes en début de cursus et ceux en stage à l'hôpital) et à la surcharge de travail ;

une consommation excessive d'alcool et un déséquilibre effort/récompense sont corrélés à un score GHQ 28 élevé.

La partie qualitative est constituée de 6 entretiens qui ont permis de répondre aux 6 questions suivantes : Pourquoi as-tu choisi de faire des études de médecine ? Est-ce que la médecine générale est un choix de ta part ? Est-ce que la médecine générale en région Centre est un choix de ta part ? Est-ce que tu as eu des problèmes de santé que tu relies à ton travail ? Dans quelles circonstances as-tu rencontré des difficultés ? Qu'est-ce qui t'a apporté du plaisir dans ton travail ? Les facteurs de décompensation qui ressortent ici sont la formation dans une région très étendue (difficultés pratiques car beaucoup de route, périphéries très éloignées ...), une surcharge de travail pendant les stages, une formation théorique qui semble inadaptée aux besoins concrets de l'interne et une absence de reconnaissance de la part des seniors.

Sur le même principe d'étude quantitative et qualitative, on retrouve la thèse d'Elisabeth Gravrand (10). La partie quantitative est composée d'un questionnaire sur les données sociodémographiques et les antécédents psychiques personnels et familiaux (troubles de l'humeur et anxieux), ainsi que de questions ouvertes facultatives sur la souffrance ressentie au cours de l'internat. Le GHQ-28 est également distribué aux internes. Les résultats de cette partie montrent que les facteurs de risque de souffrance psychique au niveau sociodémographiques sont le sexe féminin, le célibat, le logement en cité universitaire ou chez les parents, l'absence de pratique d'un sport, la présence de troubles anxieux et des antécédents personnels ou familiaux de pathologies psychiatriques. 29% des étudiants interrogés sont en souffrance psychique globale. Il existe 4 pics de souffrance psychique (par ordre décroissant) : la P1, la D4, la D3 et la dernière année d'internat.

La partie qualitative pose 2 questions aux étudiants : pourquoi choisit-on de devenir médecin ? Pourquoi les étudiants en médecine souffrent-ils ? Les facteurs de fragilité retrouvés ici sont le profil de l'étudiant (les profils littéraires ou artistiques étant plus fragiles), et le manque de préparation psychologique pour la confrontation à la maladie, la souffrance et la mort.

Dans sa thèse, Sophie Tholin (11) se propose d'évaluer le vécu des études de médecine par une étude qualitative, par la méthode des focus groupes (groupe 1 : étudiants en P2 et D1 / groupe 2 : étudiants en D2 / D3 / D4 / groupe 3 : internes de médecine générale). Plusieurs thèmes sont abordés au cours des séances :

- Les principales raisons évoquées par les étudiants concernant le choix de faire médecine sont les aspects scientifiques et humains, ainsi que le contexte familial (membre de la famille médecin principalement).

- Le vécu des études de médecine est assez négatif : au niveau théorique, la P1 est vécue de manière éprouvante, le focus groupe n°3 se pose la question de la cohérence et du sens de ces études. Les stages semblent être décevants (trop d'externes, qualité des stages très variable, peu d'encadrement, difficulté à trouver sa place...), et le focus groupe n°3 souligne la violence de l'hôpital (confrontation à la maladie et à la mort, poids de l'administratif ...). Tous semblent tomber d'accord sur le fait qu'il existe un décalage entre désir de l'externe (être utile et soigner) et la réalité des stages (ignorance et impuissance de l'étudiant à ce niveau de son cursus). Au niveau de l'environnement et du soutien, tous soulignent l'importance du soutien familial ; cette période est propice à la création d'amitiés fortes.

- Au niveau du «bilan et équilibre», tous ont conscience de la difficulté de la suite des études (sauf le focus groupe n°3), le focus groupe n°1 ressentant la pression des étudiants des années supérieures et le focus groupe n°2 ayant conscience de l'exigence du travail des médecins plus âgés. Tous accordent de l'importance à trouver un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Si c'était à refaire, la grande majorité des étudiants du 3ème groupe le referaient. On note une inquiétude concernant l'avenir, avec la peur de ne pas faire un bon médecin et une incertitude sur le choix de la future spécialité et du mode d'exercice dans les 2 premiers groupes. Le groupe n°3 exprime lui une appréhension à l'installation.

- Par rapport au burnout, les 3 groupes soulignent l'état de ras-le-bol des seniors de l'hôpital ; les causes évoquées sont la longueur et la difficulté des études, la charge de travail importante, le métier en lui-même (responsabilités, confrontation à la maladie et à la mort ...) Les éléments les plus perçus influençant l'état de santé des étudiants sont la démotivation des seniors (en négatif) et le soutien familial (en positif).

- Plusieurs pistes de prévention sont citées, notamment maintenir un bon équilibre entre sa vie privée et sa vie professionnelle, avoir une relation de qualité avec ses patients, ou encore une prise en charge pluridisciplinaire.

D'une manière générale, les scores de MBI augmentent au fur et à mesure des années en médecine, sauf la dimension AP qui reste stable. Les scores moyens retrouvés sont 11,04 pour l'EE, 4,56 pour la DP et 25,40 pour l'AP.

Enfin, une étude publiée en 2014 se propose d'évaluer la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux des internes et leurs liens avec le travail (12). L'échantillon était constitué des internes de la faculté de Brest sans critère d'exclusion. Un questionnaire leur a été envoyé en

ligne ; il contenait le CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), le questionnaire d'anxiété de Spielberg, le questionnaire de qualité de vie de l'OMS et le questionnaire de Karasek, ainsi que des questions plus générales portant sur les antécédents, les parcours d'interne et les conditions d'exercice ou encore les interactions entre les parcours professionnels et personnel. 192 internes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 34%. Les résultats de cette étude montrent que 13% des internes interrogés ont un trouble de l'humeur, 28,7% un trouble anxieux et 8,9% un trouble mixte (de l'humeur et anxieux). 1 interne sur 2 estime avoir un soutien social faible. Par rapport au questionnaire de Karasek, 32,8% des internes sont en situation de job strain (demande psychologique forte et latitude décisionnelle faible ; la moyenne nationale est égale à 27%) et 29,7% en iso strain (association de job strain et de soutien social faible).

La dépression est corrélée à une demande psychologique forte, et également à des scores de qualité de vie bas (santé physique, psychologique et pauvreté des relations sociales) ; les taux d'anxiété sont corrélés aux antécédents d'agressions verbale et/ou physique et au sentiment de compétition. Ils sont inversement corrélés au soutien des seniors. Dans cette étude, les internes faisant le plus d'heures (gardes et/ou astreintes) ne sont pas les plus atteints de troubles dépressifs ou anxieux et leur échelle de qualité de vie n'a pas un niveau plus bas. Enfin, plus un interne se sent bien préparé lors de son deuxième cycle, moins il présente de trouble de l'humeur.

2. Internes et burnout

Le nombre d'études et de thèses sur ce sujet est en nette augmentation ces dernières années. Cette revue de la littérature n'est certainement pas exhaustive, mais elle permet d'avoir une idée de base, sur les taux d'étudiants en burnout, les facteurs de risque de décompensation ou encore les spécialités les plus touchées.

Le burnout des étudiants en médecine : rapport de recherche pour l'union régionale des médecins libéraux de Champagne Ardenne (13)

Cette étude réalisée par Truchot et al. en 2006 est principalement centrée sur les externes (de la première à la sixième année de médecine). Elle est présente ici car elle permet de faire le point sur l'épuisement professionnel des étudiants avant le début de leur internat (tout comme l'étude lancée dans cette thèse, qui permettra l'inclusion des internes juste avant leur prise de poste).

Des questionnaires (MBI-GS) ont été distribués à des étudiants en médecine de la première année à la dernière année de spécialité : 650 questionnaires ont été récoltés. Il existe

malheureusement un taux de retour bas à partir de la sixième année, rendant l'exploitation statistique difficile. Trois paramètres ont été étudiés :

- le burnout des étudiants en médecine : les taux d'épuisement émotionnel et de cynisme sont élevés en première année, diminuent en 2ème et 3ème année puis remontent progressivement jusqu'à leur paroxysme en 6ème année. Ces résultats semblent tout à fait logiques, la première année de médecine étant particulièrement difficile, et la préparation de l'internat débutant dès la 4ème année. En revanche, le taux d'efficacité professionnelle augmente progressivement au cours des 6 premières années ; comme le dit Truchot "une augmentation de l'épuisement et du cynisme ne sape pas forcément le sentiment de développer ses compétences".

- On note une diminution de l'épuisement émotionnel et du cynisme parallèlement à une augmentation de l'efficacité professionnelle dès la 7ème année, mais la faible taille de l'échantillon nous incite à rester prudents sur ce résultat.

- des stressors ressentis : ce qui semble être le plus difficile pour les étudiants est la charge de travail, qu'elle soit cognitive (devoir maintenir une concentration intense et continue, effectuer des tâches différentes devoir travailler vite, interruption fréquente des tâches ...), sociale ou temporelle (avoir le sentiment qu'on attend beaucoup d'eux, devoir travailler vite, avoir du travail en retard et le sentiment de ne pas pouvoir tout faire convenablement). Les stressors liés au conflit de rôle (détérioration des relations amicales ou sociales à cause du travail, devoir faire des choses qu'on désapprouve, ou contradictoires ...) sont peu ressentis à ce stade des études. En revanche, les externes ont le sentiment d'apprendre et de pouvoir utiliser leur compétence (ce qui fait écho aux résultats de l'efficacité professionnelle).

- Truchot met en parallèle le poids relatif de chaque stressor et leur influence sur les 3 dimensions du burnout. De manière schématique, l'épuisement émotionnel est principalement lié à la charge de travail (sous toutes ses formes). Le cynisme également, mais surtout à certains items relatifs au conflit de rôle. Le sentiment d'efficacité professionnelle se développe grâce à l'autonomie, et assez paradoxalement à la pression temporelle ("vous devez travailler vite").

- l'identité professionnelle / l'orientation de carrière : Truchot et son équipe ont présenté 4 profils aux étudiants (cf tableau ci-dessous) :

Tableau 1 : Principales caractéristiques des “ orientations de carrière ”, selon le concept développé par Cary Cherniss (Docteur en Psychologie, diplômé de l’Université de Yale, Connecticut).

Orientation	Caractéristiques
<p>Activiste</p>	<p>Militant But = bien-être du patient + changement social Travail = engagement</p>
<p>Carriériste</p>	<p>But = succès conventionnel (prestige, responsabilité, sécurité financière, reconnaissance sociale, etc.)</p>
<p>Artisan</p>	<p>But = développer leurs compétences, exercer leur savoir faire</p>
<p>Egoïste (auto-centré)</p>	<p>But = satisfaction personnelle Travail = moyen d’améliorer la sphère privée</p>

Ils ont ensuite analysé à quel profil s'identifiait les étudiants en fonction de leur année d'étude :

	égoïste	activiste	carriériste	artisan
1 ^{ère} année (n=247)	10.12% n = 25	37.25% n = 92	8.10% n = 20	44.53% n = 110
2 ^{ème} année (n=72)	18.06% n = 13	30.56% n = 22	5.56% n = 4	45.83% n = 33
3 ^{ème} année (n=71)	18.31 n = 13	19.72% n = 14	4.23% n = 3	57.75% n = 41
4 ^{ème} année (n= 44)	34.09 n = 15	9.09% n = 4	9.09% n = 4	47.73% n = 21
5 ^{ème} année (n= 38)	39.47% n = 15	7.89% n = 3	2.63% n = 1	50.00% n = 19
6 ^{ème} année (n=41)	41.46% n = 17	9.76% n = 4	4.88% n = 2	43.90% n = 18

Tableau 3.5 L'orientation de carrière actuelle en fonction de l'année d'étude.

Ce qui ressort de ce tableau est l'augmentation du profil "égoïste" au fil des années, parallèlement à la diminution du profil "activiste" ; comme le dit Truchot, plus les étudiants se rapprochent de l'internat (et de l'installation), plus "les images professionnelles auxquelles ils s'identifient délaissent l'engagement social au profit de l'intérêt pour la vie privée". Rappelons cependant que cette étude n'est pas longitudinale, mais cette évolution des mentalités au cours de l'externat ne semble pas vide de sens, loin de là ; car pour finir, Truchot met en parallèle les orientations de carrière et les taux des 3 dimensions du burnout dans le tableau suivant :

	EE.	CY	EP
Egoïste	18.30 b	11.41b	14.57 a
Activiste	16.08 a	7.58a	15.52 b
Carriériste	18.05 b	10.83b	15.13 b
Artisan	15.98 a	7.98a	16.58 c
	F(3, 631) = 4.57, p=.003	F(3, 622) = 14.95, p=.000	F(3, 624) = 2.73, p=.04

Ce tableau montre des taux d'épuisement émotionnel et de cynisme plus élevés chez les étudiants aux profils "égoïstes" et "carriéristes", tandis que les profils "activistes" et surtout "artisans" ont des taux d'efficacité professionnelle plus élevés.

Cette étude met en lumière les stratégies d'adaptation des externes, et principalement le repli sur la sphère privée ; stratégie qui s'avère non payante, puisqu'à terme ce sont ces étudiants qui souffrent le plus d'épuisement professionnel.

Le burnout chez les internes de médecine générale

Plusieurs thèses ont été réalisées sur ce sujet, nous les détaillerons succinctement :

En 2006, Marianne GUINAUD s'est proposé d'étudier le burnout chez les internes en médecine générale et les facteurs associés (14). Pour cela, elle a récolté 692 auto-questionnaires d'internes de médecine général parisiens (pas tous issus de la même promotion) ; cet auto-questionnaire comprenait des questions portant sur les caractéristiques démographiques, professionnelles et personnelles, ainsi qu'une version remaniée du MBI (en français). Les médianes retrouvées sont les suivantes : 22,1 pour l'EE et 10,6 pour la DP, qui sont associées à des stades modérés de burnout, et 33,7 pour l'AP, qui là est associée à un stade élevé de burnout.

Les facteurs retrouvés associés à l'EE sont le sexe féminin, la charge de travail élevée, la diminution des loisirs ; pour la DP et la diminution de l'AP, ce sont la jeunesse et la diminution des loisirs.

Cette étude étant transversale, elle ne permet pas d'établir des liens de causalité ; certains résultats sont donc difficiles à analyser, comme par exemple l'augmentation de l'EE et la consommation de drogue, ou encore l'augmentation de la DP et un suivi psychologique.

En 2011, Marie THEVENET écrit sa thèse sur l'analyse du burnout chez les internes de médecine générale en réalisant une comparaison entre les internes d'Ile-de-France et ceux du Languedoc-Roussillon (15). Elle a distribué un auto-questionnaire aux internes de médecine générale d'Ile-de-France (à l'exception des premiers semestres) composé d'un recueil de données démographiques et professionnelles, ainsi que la version française validée du MBI-HSS. Elle compare cette étude à celle réalisée par L. Cauchard en 2009 sur les internes de médecin générale du Languedoc Roussillon (16), qui avait permis l'analyse de 91 questionnaires.

Elle récolte en Ile-de-France 313 questionnaires, qui montrent :

- Concernant l'EE, 43,3% des internes ont un score bas / 33,6% ont un score modéré et 23% un score élevé. La moyenne est égale à 20,55 (score modéré). Les internes d'Ile-de-France semblent plus fatigués que leurs collègues du Languedoc. Les facteurs associés retrouvés dans cette étude sont la surcharge de travail et le manque de temps pour soi (personnel ou pour sa formation).
- Concernant la DP, 32,4% des internes présentent un score bas / 28,7% un score modéré / 38,8% un score élevé, avec une moyenne à 9,45 (score modéré). Les internes d'Ile-de-France sont plus nombreux à avoir un taux de DP élevé, mais ils sont également plus nombreux à avoir

un taux de DP bas. Les facteurs associés sont la jeunesse, le sexe masculin et le manque de temps.

- Concernant l'AP, 31,6% ont un taux élevé, 32,6% un niveau modéré et 35,6% un taux bas. La moyenne est à 35,11 et correspond ici aussi à un score modéré. Il n'existe pas de différence entre les 2 régions. Le seul facteur de risque associé est également le manque de temps à consacrer à ses proches.

Pour les 3 résultats suivants, on ne note aucune différence significative entre les 2 régions :

- 7,1% des internes d'Ile-de-France présente un burnout sévère, à savoir l'association de scores élevés d'EE et de DP et d'un score bas d'AP.

- 19% des internes présentent un score pathogène de burnout, c'est-à-dire l'association de 2 scores élevés.

- 35,8% des internes d'Ile-de-France ne présentent aucun signe de burnout, à savoir l'association de scores bas d'EE et de DP et d'un score élevé d'AP.

Les facteurs protecteurs retrouvés sont le repos compensateur lors des lendemains de garde, et estimer avoir assez de temps pour sa formation personnelle.

Dans sa thèse de 2009, L. Cauchard avait réalisé un tableau permettant de comparer les taux de burnout chez les internes de médecine générale dans différentes études réalisées depuis 2000, permettant de se rendre compte de l'évolution du phénomène (la colonne bleue sur la gauche représente l'étude comparative dont nous avons parlé juste ci-dessus).

	IdF – Languedoc 2010-11	Languedoc 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

Il est difficile de commenter ce tableau ; il n'existe pas véritablement d'augmentation ou de diminution régulière d'une dimension ou d'une autre, les scores étant globalement stables. Seul le burnout complet sévère semble en augmentation au fil des ans, tout comme l'absence totale de burnout. Ces chiffres sont toutefois à comparer avec prudence, car les tests utilisés ne sont pas toujours similaires, et leur interprétation varie d'une étude à l'autre.

La thèse la plus récente sur les internes de médecine générale date de 2011 (17) ; c'est une étude transversale qui porte sur la prévalence du burnout chez les internes de médecine générale de France métropolitaine (c'est la première étude réalisée au niveau national). L'échantillon était composé d'internes de médecine générale présents au choix de poste de mars-avril 2011, quel que soit leur semestre. Des auto-questionnaires leur ont été distribués, qui contenaient le MBI,

des précisions démographiques, ainsi que des questions relatives à leur santé, ou leur ressenti vis à vis de l'internat. 4050 questionnaires ont été analysés et les résultats sont les suivants :

- 16% des internes ont un score d'EE élevé (plus bas que les autres études)
- 33,8% des internes ont un score de DP élevé (plus important que les autres études)
- 38,9% des internes ont un score d'AP faible
- 42% des internes ne présentent aucune anomalie sur les 3 scores
- 7% présentent des scores élevés sur les 3 dimensions, soit un état de burnout "sévère".

Des liens significatifs ont été mis en évidence tels que : charge de travail, manque de reconnaissance, stage hospitalier aux urgences, ou encore temps consacré à la vie privée.

Le burnout chez les internes de spécialité autre que la médecine générale

Si le sujet est assez bien documenté chez les internes en médecine générale, il l'est beaucoup moins pour les internes des autres spécialités ; on trouve moins d'articles et de thèses traitant ce sujet.

En 2007, une étude se propose d'analyser tous les articles traitant du sujet « internes et burnout » entre 1995 et 2005 (18). Sur 122 articles, 19 seulement seront retenus. Les taux de burnout retrouvés chez les internes (toutes spécialités confondues) varient de 18 à 82% en fonction des études ! Les auteurs soulignent le manque d'harmonie des résultats, dus selon eux à l'utilisation de plusieurs tests diagnostic, aux variations d'interprétations du MBI en fonction des études (versions différentes, variation du nombre d'items, données manquantes sur les cut off ...), et également aux variations interculturelles ou éducationnelles en fonction des pays. Les facteurs de risque les plus associés au burnout semblent être plus professionnels que privés, même si, encore une fois, les résultats des études sont assez discordants.

Une étude de 2011 s'est intéressée aux internes d'urologie (19) : un auto-questionnaire, constitué du MBI et de renseignements socio démographiques, a été distribué à l'ensemble des membres de l'association française des urologues en formation (AFUF). Sur 284 questionnaires envoyés, 186 ont été remplis, soit un taux de réponse de 65,5%. Les résultats sont les suivants :

- Pour l'EE : la moyenne est égale à 15,57, soit un EE bas. 63,4% des internes ont un score bas, 30,6% ont un score modéré et 6% ont un score élevé.

Pour la DP : la moyenne est égale à 8,56, ce qui correspond à un taux de DP modéré. 32,3% ont un taux bas, 45,7% un taux modéré et 22% un taux élevé.

Pour l'AP : la moyenne est à 37,19, ce qui équivaut à un score modéré. 33,3% des internes ont un AP élevé, 41,4% un AP modéré et 25,3% ont un AP faible.

Selon cette étude, 24% des urologues en formation sont en burnout sévère (mais il n'est pas précisé comment est obtenu ce chiffre)

Les facteurs de risque retrouvés dans cette étude sont professionnels (le temps de travail hebdomadaire) et personnels (le célibat, l'absence d'activités extra-professionnelles, le jeune âge des internes). Le burnout semble diminuer avec l'avancée en âge et la seniorisation.

En 2010, une étude réalisée au niveau national a étudié la prévalence du burnout et les facteurs associés chez les internes d'oncologie en France (20), à savoir ceux d'oncologie, d'hématologie et de radiothérapie. Le questionnaire a été remis aux internes présents lors d'un cours national et envoyé par mails à ceux qui étaient absents. Il comportait : le MBI et des renseignements socio démographiques, mais également une échelle en 5 points des facteurs de stress (50 items), une échelle en 7 points sur la perception de l'équité au travail (6 questions), 14 items sur le type et la qualité du ou des support(s), une échelle en 5 points sur la santé perçue et enfin des questions sur les pathologies psychosomatiques et la consommation de substances psycho actives. Le taux de réponse avoisine les 60%.

Selon cette étude, 44% des étudiants en oncologie français sont en burnout (ce qui, pour cette étude, correspond à des taux élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation) ; 23% ont un taux d'EE élevé et 35% ont un taux de DP élevé. 15% des internes veulent ou ont déjà voulu arrêter leurs études de médecine, et 11% veulent ou ont déjà voulu changer de spécialité. Les facteurs associés au burnout retrouvés dans cette étude sont :

- - au niveau professionnel : la quantité de travail, la charge émotionnelle liée à la fonction d'oncologue, le statut d'interne (avec la pression de publication, le doute sur ses capacités de médecin, la peur de ne pas avoir de poste d'assistant...), les demandes des patients ; le "questionnement existentiel" (ne pas savoir que dire au patient, la peur de faire des erreurs) ;
- - au niveau personnel : l'existence de troubles psychosomatiques, la consommation d'anxiolytiques et la diminution des activités extraprofessionnelles, notamment le sport.
- Un article de 2013 est consacré à l'étude du burnout chez les internes de gynécologie obstétrique (21). C'est une étude transversale multicentrique concernant tous les internes de GO de la région ouest (des CHU d'Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours). Ils ont dû répondre au MBI (version à 22 items) et à des questions sociodémographiques. Sur 120

internes inscrits au DES et contactés, seulement 40 ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 33% environ).

- Les moyennes obtenues sont égales à 19,67 pour l'EE et 8,72 pour la DP (taux modérés), et 33,94 pour l'AP, ce qui correspond à un taux bas. 5,55% des internes ont des scores élevés dans les 3 dimensions et sont donc considérés en « burnout sévère ». Le détail des 3 dimensions est le suivant :

- Pour l'EE : 9,45% ont un score élevé / 33,33% ont un score moyen / 47,22% ont un score bas

- Pour la DP : 30,56% ont un score élevé / 33,33% ont un score moyen / 36,11% ont un score bas

- Pour l'AP : 33,33 % ont un score élevé / 55,56% ont un score moyen / 11,11% ont un score bas

- Le seul facteur de risque retenu par cette étude est l'âge des internes qui correspond à un stade plus avancé de l'internat de GO.

- Une étude transversale multicentrique est sortie en 2013 sur le burnout des internes en anesthésie-réanimation de la région ouest (69). Il a été envoyé un questionnaire aux 199 internes de la filière comprenant le MBI, des critères sociodémographiques et des questions sur leur vie professionnelle et personnelle. Le taux de réponse a été d'environ 60%. Il apparaît que presque 61% des internes ont un score élevé dans une des trois dimensions du burnout. Les facteurs de risque retrouvés sont davantage professionnels (stage en réanimation, ancienneté, nombre élevé de gardes/mois, ville d'internat et conflits hiérarchiques) que personnels (profession perçue comme stressante, manque de temps libre, conduites addictives).

- Une thèse de 2009 porte sur le burnout des internes de psychiatrie (70) ; une étude transversale a été réalisée chez les internes de psychiatrie de 9 villes françaises. Un questionnaire leur a été distribué, comprenant le MBI-GS et l'échelle AWLS (Areas of WorkLife Survey) : cette échelle permet de mesurer 6 dimensions du bien être au travail, à savoir la charge de travail, le contrôle sur la façon de travailler, la reconnaissance, la communauté (et donc le soutien), l'équité et les valeurs. 400 questionnaires ont été envoyés. Le taux de réponse est assez faible (28%). Les scores moyens obtenus pour l'EE et la DP, respectivement 10,74 et 7,28, sont modérés ; en revanche, la moyenne obtenue pour le taux d'AP est basse (22,73), et d'une manière plus générale, 50% des internes ont un taux d'AP bas. 17,6% des internes ont un score élevé dans 2 dimensions, et 8,3% ont un score élevé dans les 3 dimensions. Les 2 dimensions de l'échelle AWLS corrélées au burnout sont le contrôle sur la façon de travailler et les valeurs ; les autres facteurs de risque retrouvés dans cette étude sont la surcharge de travail et le manque de reconnaissance.

Nous remarquons donc, au terme de cette bibliographie, que les scores retrouvés dans chaque étude sont, pour la grande majorité, élevés dans les 3 dimensions. Il est cependant difficile de comparer les différents résultats. Comme le dit Prins J.T. dans sa revue de la littérature, les études portant sur ce sujet sont rares, et leur qualité est souvent faible. Le fait également de ne trouver que des études transversales limite la portée des résultats. Des études longitudinales, à plus grande échelle, et incluant plus de données au moment de l'inclusion que le simple MBI sont nécessaires à l'avenir pour avoir une meilleure représentativité du phénomène.

II. Approfondissement d'une des pathologies dominantes : l'exemple du burnout

A. Le concept de burnout

1. Historique

Aujourd'hui, le burnout représente un véritable phénomène de société. Son concept et sa définition sont souvent utilisés à tort pour mettre un mot sur la souffrance au travail que ressentent certains salariés ; pourtant, le concept de burnout ne date pas d'hier., mais il semble qu'il se démocratise particulièrement au XXIème siècle.

On trouve dans le passé d'autres noms pour parler de phénomène similaire : Tuke parlait de surmenage dès 1882 et Park d' "industrial fatigue" en 1934. En France, c'est le psychiatre Claude Veil qui s'intéresse en premier au phénomène. Dès 1959, il décrit un état d'épuisement chez des professionnels de santé qui ne rentre dans aucun cadre nosographique classique (22).

En 1960, c'est l'écrivain Graham Greene, dans son roman intitulé "La saison des pluies" (ayant pour titre original "A burnout case"), qui décrit le syndrome dont est atteint Querry, un architecte new-yorkais, qui fuit la ville pour lutter contre le néant intérieur qui le ronge.

Mais le terme "burnout" est utilisé pour la première fois dans la littérature en 1969 par H.B Bradley. Il évoque, dans la revue *Crime & Delinquency*, l'épuisement professionnel de travailleurs sociaux engagés dans des programmes de réinsertion de jeunes délinquants.

Puis il sera conceptualisé par le psychiatre Herbert Freudenberger en 1974, et surtout par C. Maslach en 1976, qui contribuera à la popularisation du concept en lui fournissant un assise scientifique qui jusqu'alors lui manquait.

De nombreux auteurs se sont penchés sur ce phénomène par la suite, pour essayer de donner une définition au burnout, créer des outils diagnostic, décrire une symptomatologie commune ... Aucun consensus n'existe actuellement, et les définitions du burnout que l'on retrouve

aujourd'hui dans la littérature reposent sur des modèles théoriques différents, très souvent complémentaires, mais parfois aussi contradictoires. C'est ce que nous allons voir dans la partie suivante.

2. Une vision unique ?

a) *Les différents modèles*

Ces différents modèles font écho à des conceptions différentes en fonction des auteurs ; il existe ainsi plusieurs modèles de burnout, d'où découlent plusieurs tests diagnostic (que nous développerons par la suite).

La liste n'est évidemment pas exhaustive tant les modèles sont nombreux ; ils sont présentés par ordre chronologique.

- **Le modèle de Freudenberger**

Ce modèle est le plus ancien : pour Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain, le burnout est la "maladie du battant". En 1974, il travaille dans un hôpital de jour à New York qui accueille des toxicomanes, et dans lequel sont employés beaucoup de bénévoles. Il fait le constat qu'après 1 an d'activité, un grand nombre des bénévoles perd l'enthousiasme qui les animait à leur début. Il décrit un tableau assez complet associant symptômes comportementaux (colère, irritation, difficultés d'adaptation à de nouvelles situations ...), physiques (asthénie, troubles du sommeil, persistance de rhumes et de céphalées, troubles gastro-intestinaux ...), attitudes négatives et cyniques. Il observe principalement deux stratégies pour faire face à ce phénomène : une stratégie de "surenchère" (que l'on pourrait aujourd'hui appeler présentéisme, à savoir rester de plus en plus tard au travail sans être réellement efficace), mais aussi à l'inverse une stratégie d'évitement (isolement, refus de contact avec ses collègues).

Chez les bénévoles qu'il observe, l'engagement initial, la certitude de faire un travail significatif leur permettent, dans un premier temps, de poursuivre leurs efforts et d'être satisfaits de leur travail ; mais dans un second temps, devant la résistance au changement des patients et les multiples échecs de leur prise en charge, ces mêmes bénévoles se retrouvent vidés, incapables de déployer la même énergie qu'à leur début (d'où le terme "burnout", littéralement "se consumer", comme une bougie qui à la fin de la mèche n'éclaire plus beaucoup) .

La théorie de Freudenberger est centrée sur l'individu car ici, les facteurs individuels ont un rôle prépondérants : "les salariés les plus engagés sont les plus exposés car, dictées par l'idéalisme et la recherche de buts tels que la reconnaissance et la gratitude, leurs attentes sont rapidement

attaquées par la confrontation à la réalité et la routine" (Freudenberger, 1974). Il ressort de ses études un profil type du sujet exposé : 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 un idéal. Ces traits de personnalité seront repris par plusieurs auteurs par la suite.

- **Le modèle transactionnel de Cary Cherniss**

Cary Cherniss, psychologue américaine, propose un modèle reposant sur l'analyse qualitative d'entretiens réalisés entre 1974 et 1976 auprès de 27 professionnels exerçant des métiers "d'aide" au sens large (professionnels de santé mentale, infirmiers du service public, avocats, enseignants) dans leur première année de service. Elle observe une profonde désillusion chez ces débutants chez qui la réalité du terrain est différente des idéaux qu'ils avaient avant leur prise de poste.

Cette approche étant transactionnelle, le burnout naît de la perception par le salarié d'un déséquilibre entre ses ressources et les exigences de son travail. Les ressources peuvent être de plusieurs sortes : personnelles (estime de soi, engagement ...), organisationnelles (soutien des collègues et de la hiérarchie)...

Le burnout évolue ici en 3 phases : la première est le stress perçu (le salarié perçoit que les exigences du terrain dépassent ses ressources), la deuxième est la tension (strain), qui est la réponse émotionnelle au stress, dominée par l'accablement, l'anxiété et l'épuisement, qui fait enfin place à la troisième étape, dite de "coping défensif" ou tentative de maîtrise défensive, qui modifie le comportement du salarié (réduction de l'idéalisme, développement d'attitudes négatives, cyniques, détachées), ne procurant qu'un soulagement passager ; elle assimile ces stratégies à une fuite psychologique qui s'installe lorsque la personne ne peut plus soulager son stress en affrontant directement le problème.

- **Le modèle de Meier**

Dans les années 70, Meier propose un modèle différent de l'épuisement professionnel ; ce dernier s'inspire des travaux réalisés par Bandura, et notamment de son concept de l'auto efficacité.

Cette théorie (également appelée sentiment d'efficacité personnelle) repose sur l'interaction entre 3 facteurs : la personne, son comportement et son environnement. Le sentiment d'auto efficacité désigne les croyances des individus quant à leur capacité à réaliser des performances particulières (23) : si les gens ne sont pas convaincus qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leur propre action, ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés.

Meier transpose ce concept dans le monde du travail et définit le burnout comme "un état dans lequel les individus attendent du travail une faible récompense mais une forte punition en raison du manque de renforcements auxquels ils attribuent de l'importance, de résultats contrôlables ou de compétences personnelles."

- **Le modèle de C.Maslach**

En 1975 aux Etats-Unis, C. Maslach (chercheur en psychologie sociale) développe le concept le plus connu du burnout qui repose sur un trépied diagnostique. Ses travaux ont d'abord porté sur la prise de distance des individus comme moyen de faire face à leur travail, notamment pour des postes à forte exigences émotionnelles ; 2 concepts sont nés de ses travaux :

l'inquiétude distante, ou "detached concerne", qui correspond à l'implication idéale du médecin dans la relation de soin, à mi chemin entre la compassion qu'il ressent pour son patient et le détachement émotionnel (ce qui lui évite une implication trop forte) ;

l'objectivation comme auto-défense, ou "deshumanisation in self-defence", qui consiste à une mise à distance, s'apparentant à une deshumanisation des patients (dénomination des patients par leur numéro de chambre, leur maladie ...), qui constitue un autre moyen de protection pour les soignants.

Elle étudiera par la suite le concept de burnout sur des populations de soignants, de travailleurs sociaux, d'enseignants et d'avocats (métiers d'aide à la personne) ; pour elle, le burnout trouve son origine dans l'organisation du travail (24) et dresse 6 caractéristiques de travail susceptibles d'entraîner un burnout : le surmenage ou travail intensif, le manque de reconnaissance, le manque de contrôle sur son activité de travail, l'éclatement des collectifs et le manque de soutien social, l'absence d'équité et de justice et enfin le conflit de valeur et éthique. Son modèle est donc plus centré sur l'environnement du travail que sur l'individu lui-même.

Le trépied diagnostique proposé par Maslach est celui que l'on retrouve dans le test diagnostique du burnout le plus connu, le MBI (Maslach Burnout Inventory), que nous développerons dans le chapitre suivant.

La première dimension est l'épuisement émotionnel : c'est la sensation de vide absolu ressentie par le salarié. Cette dimension est de loin la plus importante car selon de nombreuses études elle constitue le cœur du burnout : elle est donc retrouvée dans la plupart des définitions et tests diagnostiques. C'est la première à apparaître. Elle peut être assimilable à une fatigabilité extrême causée par des conditions de travail exigeantes ; cette fatigue ne disparaît pas après un repos

classique, elle est en plus auto entretenue par les troubles du sommeil souvent présents chez les salariés atteints de burnout.

La deuxième dimension est la dépersonnalisation ; elle correspond au développement d'attitudes négatives, détachées, voire de cynisme envers les individus avec lesquels le salarié est susceptible d'être en contact au sein de son travail (patients/clients/collègues ...). Cette mise à distance d'autrui représente un véritable mécanisme de défense du salarié ; elle est souvent très mal vécue par l'individu.

La troisième dimension correspond à la diminution de l'accomplissement personnel. Elle est assez décriée par la communauté scientifique qui la considère comme une conséquence du burnout et non comme une composante à part entière. L'individu déprécie son travail, il commence à douter de lui et de ses compétences car malgré tous les efforts qu'il fournit, il n'observe aucune amélioration de son état. Cette remise en question est propice à l'apparition de sentiments négatifs tels que la dévalorisation, la culpabilité et la démotivation.

- **Le modèle transactionnel de Pines**

En 1982, Pines, Aronson et Kafry proposent également leur modèle de burnout, qui est assez proche de celui de Maslach ; ils développeront également leur propre outil diagnostique (la "tedium measure", qui deviendra par la suite le BM). Leur modèle est centré sur la fatigue, qu'elle soit physique, émotionnelle, ou mentale car selon eux, le burnout correspond à "un état d'épuisement physique, émotionnel et mental provoqué par une longue implication dans des situations émotionnellement exigeantes" (Pines et Aronson, 1988)

La fatigue physique se traduit principalement par une asthénie et des troubles du sommeil ; la fatigue émotionnelle par des sentiments de désespoir et d'impuissance pouvant aller jusqu'aux idées suicidaires, et enfin la fatigue mentale par des attitudes négatives envers soi-même, son travail et sa vie en général, entraînant une déshumanisation des rapports aux autres. Comme dans le modèle initial de Maslach, ici cette pathologie est réservée aux métiers d'aide à la personne.

Ayala Pines a mené de nombreux travaux sur le burnout entre 1988 et 2002, et propose une approche motivationnelle du burnout : celui n'apparaît que si l'individu perçoit une impossibilité de développer ses compétences, le privant de la signification qu'il recherche dans son travail et entraînant un déséquilibre entre ses attentes et la réalité.

- **Le modèle d'Edelwich et Brodsky**

En 1980, Edelwich et Brodsky voient le burnout comme un processus dynamique constitué de 4 phases :

- L'enthousiasme, qui coïncide avec la prise de poste, où le salarié fait preuve d'ambition et d'idéalisme. Il a tendance à se rendre disponible de façon excessive et à avoir des attentes irréalistes sur son travail.
- La stagnation : l'intérêt suscité par le travail diminue (désillusion), les attentes professionnelles deviennent plus réalistes, l'individu continue cependant à s'investir mais ne progresse plus (plafonnement). Un certain mécontentement personnel commence à faire surface, le salarié se rendant compte que le travail ne peut pas compenser ce qui fait défaut dans sa vie privée ; la place du travail diminue donc.
- La frustration : le salarié est de plus en plus fatigué, les difficultés professionnelles semblent se multiplier. Il se met à douter de ses compétences et de la pertinence de son travail. Il développe des attitudes négatives envers celui-ci, et également envers ses collègues (intolérance, moins à l'écoute, fuite et évitement)
- L'apathie : le salarié finit par se décourager, le travail est maintenu mais avec une prise de distance maximale. Il se retrouve dans un état de dépression et d'indifférence suite aux frustrations répétitives auxquelles il se trouve confronté.

- **Le modèle de Farber**

Dans les années 90, Farber distingue 3 profils de burnout, traduisant la polyvalence que peut présenter le tableau clinique :

- Le type "frénétique", qui se rapproche énormément du workaholism (très grande implication dans son travail, il voudra travailler toujours plus pour surmonter les difficultés qu'il rencontre jusqu'à l'épuisement)
- Le type "sous-stimulé", dominé par l'indifférence et l'ennui, le burnout étant ici provoqué par la monotonie des tâches (dont on parle de plus en plus actuellement sous la dénomination de « bore out »)
- Le type "épuisé" se rapproche de la définition "classique" du burnout, associant perte de contrôle, manque de reconnaissance et hauts niveaux de stress.

b) Définition(s)

L'OMS définit le burnout comme "un état de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail".

Il existe un grand nombre de définitions de ce phénomène (a priori pas moins de 50 sont retrouvées dans la littérature). De sa difficulté à le définir naissent plusieurs problématiques :

- la difficulté à le reconnaître et à le classer : il n'existe ni dans les tableaux de maladie professionnelle, ni dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV) ou dans la Classification Internationale des Maladies de l'OMS (CIM 10).
- la difficulté également de le différencier d'autres diagnostics tels la dépression, le workaholism ...
- le questionnement même de son existence fait débat au sein de la communauté scientifique.

Le problème avec le mot "burnout", c'est qu'il désigne à la fois les causes et les symptômes: où commence-t-il ? Où s'arrête-t-il ? Il est tantôt considéré comme syndrome de stress, ou comme une pathologie psychiatrique résultant d'une longue exposition à des stresseurs professionnels, ou encore comme l'ensemble du processus qui mène à une situation de « mal être psychologique » ...

Il existe schématiquement 2 manières de l'appréhender :

- le burnout en tant qu'état, la phase finale du processus. Freudenberger et Richelson (1980) disent qu'il est " un état de fatigue ou de frustration, occasionné par un événement, un style de vie ou une relation qui ne produit pas le bénéfice escompté". Pines et Aronson (1988) le définissent comme "un état d'épuisement physique, émotionnel et mental lié à une longue exposition à des situations exigeant une implication émotionnelle importante". Le problème avec cette définition c'est qu'on ne sait pas très bien où il commence et où il finit...
- le burnout en tant que processus dynamique. Cherniss (1980) le voit comme "un processus où se retrace un collaborateur jusqu'ici impliqué, en réaction aux exigences et au fardeau de son travail" et Edelwich et Brodsky (1980) comme "une diminution progressive de l'idéalisme, de l'énergie, de l'ambition et de la participation, résultant des conditions de travail". Plus récemment, il a été défini par Cyrulnik B comme «un processus progressif et lent, provenant de l'utilisation répétée de mécanismes adaptatifs (voire hyperadaptatifs) par le travailleur pour améliorer sa résilience face au stress au travail » (25). Ces propositions ne définissent pas clairement la symptomatologie du burnout.

En 1998, Schaufeli et Enzmann (26) reprennent l'ensemble des définitions pour proposer une vision plus complète : "Le burnout est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus "normaux". Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de

tension (distress), d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements inadaptés au travail. Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle. Le burnout s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent auto-entretenu".

Chaque définition a ses faiblesses, et en presque 50 ans de recherches, aucun consensus n'a été véritablement admis à l'exception peut-être de la définition tridimensionnelle de Maslach et Jackson ; le problème étant que cette vision du phénomène doit en grande partie sa popularité à l'outil diagnostique démocratisé qui l'accompagne...

Essayons donc à présent de nous pencher davantage sur la clinique et la symptomatologie du burnout, pour se placer plutôt du côté du clinicien que de celui du psychologue.

c) Description clinique

➤ La clinique du burnout

Effectuer une description clinique du burnout, avec des critères diagnostics établis n'est pas chose aisée ; comme nous l'avons vu, il existe une multitude de modèles, et donc une multitude de tableaux cliniques. La symptomatologie du burnout est complexe, et repose sur des manifestations qui ne lui sont pas spécifiques.

Selon les psychiatres, le burnout est un « trouble de l'adaptation », ce qui correspond dans le DSM IV au « développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci) »

Les troubles d'adaptation présentent des tableaux polymorphes qui s'articulent autour de 2 axes principaux :

- une composante émotionnelle, qui montre une perturbation de nature dépressive ou anxieuse importante ;
- une composante comportementale révélant un dysfonctionnement marqué des conduites sociales ou professionnelles.

Il existe une forme aiguë et une forme chronique (persistance des signes cliniques pour une période inférieure ou supérieure à 6 mois) et 6 sous types en fonction de la symptomatologie

dominante (dépression, anxiété, dépression et anxiété, perturbation des conduites, perturbation conjointe des émotions et des conduites, non spécifié).

Comme le dit J. Collange dans son article (27), « Les troubles de l'adaptation se désignent davantage par le processus entre individu et élément extérieur (l'adaptation de l'individu à l'événement stressant) que par les symptômes. Cela est bien cohérent avec cette symptomatologie peu spécifique et contradictoire».

Cependant, comme le dit R. Wiertz dans sa thèse (28), considérer le burnout comme un trouble de l'adaptation est réducteur, dans le sens où la responsabilité du trouble est uniquement renvoyée à la personne et nullement au travail (au sens large), alors que l'apparition du burnout semble bien être à la jonction entre les deux...

R. Floru et J.C.Cnockaert reprennent dans leur article les critères qui semblent communs à la plupart des auteurs qui se sont penchés sur la question (29) :

- prédominance des symptômes dysphoriques (tels que l'épuisement mental ou émotionnel, la fatigue ou la dépression) ;
- prépondérance des symptômes mentaux et comportementaux sur les symptômes physiques ;
- relation entre les symptômes de burnout et le travail ;
- apparition des symptômes de burnout chez des personnes normales sans antécédents psychopathologiques ;
- relation entre les attitudes et les comportements négatifs des personnes en crise de burnout et la diminution de l'efficacité et de la performance au travail.

➤ La symptomatologie

Comme nous l'avons vu précédemment, on observe de nombreuses variations interindividuelles du tableau clinique de l'épuisement professionnel. Pour certains auteurs, il existe jusque 132 symptômes, pouvant être rangés dans 3 à 7 catégories distinctes.

Nous reprendrons ici la classification proposée par J.Collange et al. dans les archives des maladies professionnelles et de l'environnement en 2013 (27).

Manifestations physiques

Ces manifestations sont certainement les plus bruyantes ; elles semblent apparaître en amont du processus et sont des signaux d'alarme à ne pas négliger :

- La fatigue physique : ce symptôme traduit l'épuisement du salarié, qui est fatigué dès le lever, et jusqu'au coucher.
- Les troubles du sommeil, qui prennent plutôt la forme de difficultés d'endormissement (avec ruminations ...) que des réveils nocturnes ; le salarié observe très fréquemment une dégradation de son sommeil qui n'est plus aussi réparateur qu'avant.
- Transpiration / gorge sèche / hyperventilation / palpitations (secondaires à l'anxiété)
- Maux de tête, assimilables à des céphalées de tension
- Nausées, vertiges
- RGO, désordres intestinaux et gastriques
- TMS, lombalgies
- Troubles alimentaires : ils sont assez fréquents et peuvent prendre de nombreuses formes (prise ou perte de poids, saut de repas, modifications des horaires de repas ...)
- Baisse des défenses immunitaires : dans ce contexte de fatigue générale, on assiste souvent à une baisse des défenses immunitaires qui ont pour conséquence une augmentation de maladies saisonnières type grippe, angine, rhino pharyngite ... qui affaiblissent davantage le salarié
- Pathologies cardio-vasculaires et coronariennes (secondaires au stress chronique)

Manifestations émotionnelles

Elles sont au cœur de l'épuisement émotionnel, dimension la plus importante du trépied de l'épuisement professionnel. Elles peuvent prendre de nombreuses formes qui ne sont pas toutes citées ici. Elles peuvent coexister chez un individu :

- Fatigue, vide émotionnel
- Anxiété
- Peurs mal définies
- Tensions nerveuses
- Sensation de perte de contrôle
- Froideur
- Hypersensibilité
- Tristesse, dépression
- Colère
- Irritabilité

Manifestations motivationnelles et attitudeles

Ces manifestations sont polymorphes, et dépendent de la personnalité de chaque individu :

- Attitudes négatives envers le travail et autrui (cynisme, dépersonnalisation)

- Sentiment d'être pris au piège (par manque de contrôle)
- Perception d'être incompetent
- Sentiment d'échec, doute ... menant à la perte de l'estime de soi
- Déception (envers soi, les autres et/ou le travail)
- Résignation, perte d'idéalisme et d'intérêt pour son travail
- Baisse de l'engagement et de la motivation, procrastination (résultant d'une diminution de la motivation)
- Perte d'initiative

Manifestations interpersonnelles et comportementales

Elles sont assimilables aux stratégies de coping que mettent en place les individus pour faire face au burnout :

- Repli, isolement social
- Agressivité, violence favorisées par un diminution de la tolérance à la frustration
- Ressentiment, hostilité
- Impulsivité
- Hyperactivité, agitation vaine (renforçant le sentiment d'épuisement)
- Baisse de l'empathie, déshumanisation (on retrouve ici la dépersonnalisation de la relation d'aide)
- Comportements à risque
- Développement d'addictions dans le but d'échapper à la réalité et de diminuer les tensions

Manifestations cognitives

Ces manifestations ne sont pas spécifiques au burnout ; elles sont plutôt les conséquences d'une exposition chronique au stress :

- Difficultés à traiter les tâches complexes
- Baisse de la productivité
- Manque de nuance, rigidité
- Baisse de la concentration
- Difficulté à prendre une décision
- Erreurs

➤ Les diagnostics différentiels

Comme il est difficile de définir exactement le burnout, intéressons nous à ce qu'il n'est pas, et ce à l'aide des diagnostics différentiels

- La dépression

C'est le diagnostic différentiel qui fait le plus débat au sein de la communauté scientifique ; reprenons la définition de la dépression du DSM IV :

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure).

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Deux études récentes traitent des similitudes qu'il existe entre le burnout et la dépression. En 2006, P. Corten s'est intéressé aux impacts psychopathologiques du burnout, notamment la dépression (30), sous la forme d'une étude prospective. L'échantillon de cette étude est constitué de patients se présentant à la clinique du stress de Bruxelles ; seuls ont été retenus ceux qui répondaient aux critères du stress pathologique, et dont la source de stress était le travail (376 personnes). Ils ont passés une batterie de tests (9 au total, dont le GHQ-28 et le BDI-13 pour la dépression, le MBI, l'échelle de stress perçu, l'échelle de coping ...) et ont passés 3 entretiens avec des psychologues et des psychiatres. Les résultats de cette étude montrent que les patients souffrant de burnout sévère (3 dimensions du MBI significativement touchées ; à noter que dans cette étude, l'échelle du MBI est coté en intensité et en fréquence) ont :

- une perception plus accrue de leur stress
- une souffrance morale davantage marquée

- des signes cliniques communs (des troubles de la concentration, de la mémoire immédiate et du sommeil, irritabilité et fatigue principalement)
- un suivi beaucoup plus long
- des stratégies de coping dépassées

Il existe ici une corrélation entre l'intensité du burnout et les troubles de l'humeur, mais 67% des patients en burnout avancé ne répondent pas aux critères de l'épisode dépressif majeur selon les critères des échelles utilisées (ces résultats rejoignent ceux de K. Ahola qui avait montré, en 2005, que seule la moitié des sujets présentant un BO sévère souffrent conjointement de troubles dépressifs (31)) ; le GHQ-28 et le BDI-13 explorant plus particulièrement la tristesse et les idées suicidaires, il serait intéressant de refaire une étude avec d'autres échelles qui explorent d'autres symptômes de la dépression. Cependant, les auteurs n'excluent pas la possibilité que le burnout soit une forme particulière de dépression (dépression de type « irritable » décrite par Gordon Parker).

L'étude réalisée en 2009 par S. Terrasse est dans la continuité de la première : il se propose de décrire les similitudes qu'il existe entre les caractéristiques du burnout et la symptomatologie dépressive (32). La partie « matériel et méthodes » est la même que pour l'étude de 2006, à deux différences près :

- l'échantillon est plus petit (65 personnes)
- la batterie de tests est constituée du MBI et de 4 échelles de dépression (le GHQ-28 et le BDI-13, mais également les échelles HAD et MADRS)

Ici, l'étude montre une association entre le burnout « engagé » (ce qui correspond à une atteinte significative en fréquence et en intensité d'une des 3 dimensions explorée par le MBI) et les troubles dépressifs, surtout pour les échelles HAD et MADRS. La dimension qui semble le plus corrélée à la symptomatologie dépressive est l'EE.

Plus récemment (début 2015), une revue de la littérature réalisée par R. Bianchi et al. n'a pas retrouvé de différences significatives entre la dépression et le burnout (33).

De nombreux auteurs continuent de penser qu'il existe une réelle distinction entre les deux diagnostics au niveau de la clinique et des symptômes ; pour exemple, le tableau suivant proposé par P. Canoui dans son livre « le burnout à l'hôpital » (34).

Burnout	Dépression
---------	------------

La diminution de l'accomplissement personnel ne touche que la sphère professionnelle	Le fléchissement thymique et les autres symptômes appartenant au syndrome dépressif s'étendent à tous les domaines de la personne (professionnel et privé)
Absence de ralentissement psychomoteur	Ralentissement psychomoteur
Aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial	Présence d'antécédents psychiatriques personnel ou familial
Troubles du sommeil : difficultés d'endormissement	Troubles du sommeil : Réveil précoce
Persistance de l'énergie vitale (domaines extra-professionnels) / conservation de l'estime de soi et réalisme (dans les premiers stades)	Perte de l'élan vital (apragmatisme) / faible estime de soi et défaitisme

En résumé, il semblerait que le burnout et la dépression soient deux entités distinctes, tout du moins au début du processus ; de nombreux auteurs s'accordent à dire que lorsque le burnout est à un stade avancé, celui-ci évolue vers un épisode dépressif sévère, rendant le diagnostic beaucoup plus difficile (Iacovides, 2003 (35); Ahola, 2005). Selon Iacovides (1999), il y aurait peut être 2 types distincts de BO : l'un ayant peu de caractéristiques communes avec la dépression, et l'autre plus sévère y étant d'avantage associé.

- Le workaholism

Ce terme, apparu en 1968, peut se résumer à une addiction pathologique, compulsive et incoercible au travail. Selon Spence et Robbins (1992), il coexiste 3 dimensions dans cette pathologie : l'implication dans le travail, la compulsion (au sens psychiatrique du terme, ne pas pouvoir s'empêcher de / se sentir obligé de travailler dur) et la satisfaction du travail accompli.

Le sujet qui souffrent de pré burnout ou de workaholism donnent tous les 2 une très grande importance à leur travail ; des sentiments sont semblables dans les 2 tableaux, comme l'augmentation du nombre d'heures, ou la culpabilité de ne pas avoir bien fait son travail. Mais à la différence du sujet workaholic, le sujet en burnout ressent une réelle souffrance au travail, entraînant des stratégies de coping défensif que l'on ne retrouve pas chez le sujet workaholic.

Le workaholism est considéré comme un facteur de risque de burnout.

- L'état de stress post traumatique

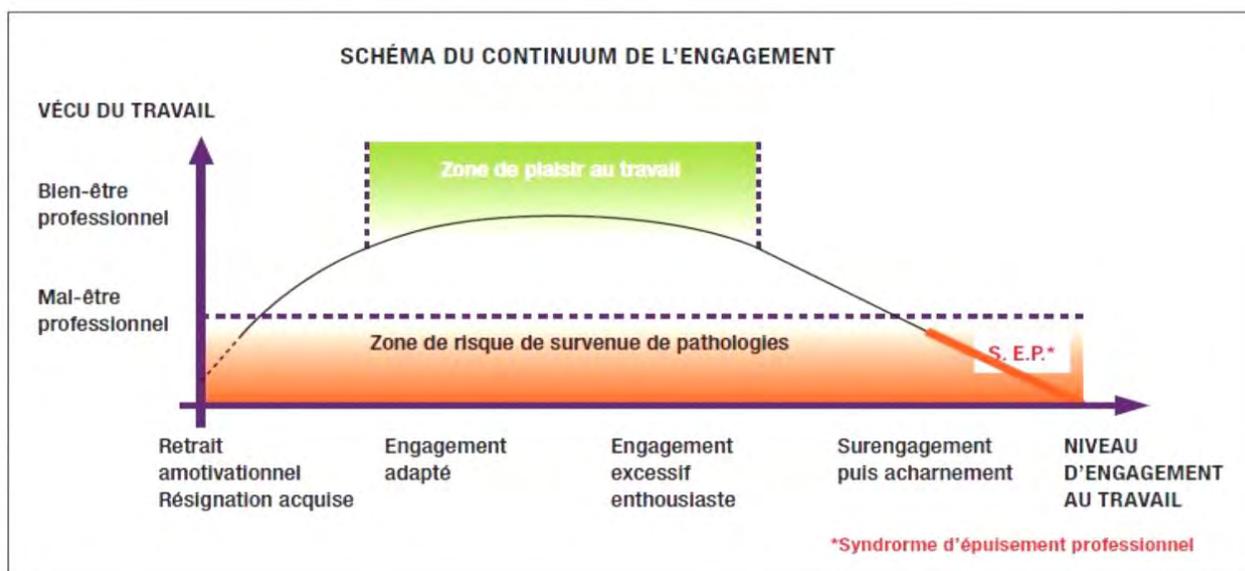
Cet état a en commun avec le burnout le fait d'être une réaction dépassée de l'organisme au stress. Certains critères peuvent être communs, comme le sentiment de détachement émotionnel, le développement d'attitudes négatives, ou encore certains symptômes persistants d'activation neurovégétative comme des problèmes de concentration ou de sommeil.

Cependant, on ne retrouve dans le tableau du burnout ni d'évènement marquant qui aurait déclenché le processus, ni de tableau associant ré expérience du traumatisme (puisque'il n'a pas eu lieu) ou évitement ; l'hyper vigilance anxieuse fréquemment retrouvée dans l'ESPT est également absente.

➤ Le déroulement du processus

Si la majorité des auteurs tombent d'accord sur le fait que le burnout est un processus dynamique qui se déroule en plusieurs étapes, encore une fois, il existe une hétérogénéité dans la description de ce processus.

Nous nous appuyerons sur la théorie développée par le cabinet Technologia dans leur étude réalisée pour la reconnaissance du burnout en maladie professionnelle (36). Le burnout est vu ici selon me schéma du « continuum de l'engagement » :



L'engagement peut se définir simplement par un milieu de travail où les employés ont un sentiment d'appartenance à l'égard de leur travail et sont motivés à bien accomplir leur tâche. Ce n'est pas un sentiment partagé par tous les salariés, et il ne fait pas à proprement

parler partie du burnout. Nous en parlerons plus tard dans la partie « facteurs protecteurs » de ce travail.

La première étape est donc le surengagement ; littéralement, elle est caractérisée par un surplus (quantitatif) d'engagement de la part du salarié. Ce stade du processus est considéré comme la phase d'alarme.

Le surengagement associe un intérêt prépondérant et excessif pour le travail, duquel découle une négligence de sa vie personnelle à cause du travail et une persistance compulsive dans les tâches reliées au travail.

A ce stade commencent déjà à apparaître les premiers signes physiques du burnout : troubles du sommeil, fatigue, irritabilité ... ils sont le plus souvent minimisés voire négligés par la personne. Preckel et al. ont fait le lien entre le surengagement et un ensemble de facteurs : épuisement, moins bonne santé, troubles du sommeil et humeur dépressive.

La phase suivante est la phase de résistance: c'est une phase "d'acharnement frénétique". Le caractère compulsif du surengagement prend le pas sur le caractère excessif : il est de plus en plus criant (augmentation du nombre d'heures, saut des pauses repas ...). Le salarié ne ressent plus ou très peu de satisfaction relative au travail et malgré ses nombreux efforts n'arrive pas à remplir ses objectifs, ayant pour conséquence une perte de confiance et une diminution de l'estime de lui.

Le salarié continue de nier son état, et se renferme peu à peu sur lui-même ; ses stratégies d'adaptation peuvent prendre plusieurs formes, mais généralement c'est à ce stade que l'on observe du détachement vis-à-vis de ses collègues, ou patients ... voire du cynisme, dans le but de se protéger. Parallèlement, les signes physiques sont de plus en plus bruyants, mais l'individu continue de les ignorer.

Cette phase associe donc un affect négatif et des symptômes physiques de plus en plus visibles ; le salarié est « sur un fil », on observe un bon fonctionnement, mais au prix de sacrifices très importants. Une amélioration de son état de santé est encore possible si on l'extrait du milieu professionnel pendant 2 à 3 semaines.

La quatrième et dernière phase conduisant à l'épuisement professionnel est la phase d'effondrement. Elle est dans la parfaite continuité de la phase précédente, mais en plus intense. La personne a « basculé de l'autre côté » : elle a perdu toute confiance en elle et

n'est plus capable de faire preuve d'initiative ni au niveau professionnel, ni au niveau personnel pour essayer de trouver des solutions pour se sortir de sa situation.

Le cynisme envers les autres et le retrait émotionnel sont également de plus en plus bruyants, le salarié est alors incapable d'empathie envers autrui. Cette dépersonnalisation peut conduire à des situations graves: disputes, violence verbale voire physique ... Quant à la symptomatologie clinique, elle ne fait qu'aggraver.

L'effondrement est alors global, il concerne l'ensemble des sphères physique, psychique et émotionnelle (comme nous l'avons vu dans la symptomatologie clinique) ; le retour à l'état antérieur sera long est difficile...

Voyons à présent quels sont les facteurs de risque à prendre en considération pour éviter de s'engager dans ce processus.

3. Facteurs pouvant moduler le burnout

a) Les facteurs favorisants

- Les caractéristiques du travail

Selon Lindblom et coll. (2006), une charge de travail importante et une pression temporelle sont les 2 facteurs les plus fréquemment associés au burnout. A contrario, dans certains cas, une sous-charge de travail peut également entraîner un profil particulier d'épuisement professionnel (le bore out, cf modèle de Farber)

La dimension émotionnelle du travail est également un facteur de risque, soit par son intensité, ou parce qu'elle doit être maîtrisée voire dissimulée pour certaines catégories socio-professionnelles.

D'autres causes retrouvées dans la littérature sont certaines conditions de travail (travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, bruit ...) et certaines méthodes de management, comme le lean management par exemple, qui laisse peu de place à la latitude décisionnelle.

- Le conflit et l'ambiguïté des rôles

Stora (1991) définit le conflit de rôles comme "la contradiction provoquée par des demandes différentes à un individu qui soit ne désire pas répondre vraiment à ces demandes, soit pense qu'elles ne rentrent pas dans la définition de ses tâches". Cette

définition relève donc de la sphère professionnelle. Mais elle peut également concerner la sphère extra-professionnelle. Le conflit de rôle peut correspondre également à un déséquilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, dans le sens où le salarié, en ramenant du travail chez lui, en restant connecté 24h/24 grâce à son smartphone etc... peut avoir finalement beaucoup de mal à occuper son rôle de conjoint, ou de parent.

L'ambiguïté de rôles correspond à l'absence de clarté sur le rôle de l'individu au travail, sur les objectifs à atteindre et sur l'étendue de ses responsabilités.

De nombreux auteurs (Cherniss, Dailey ...) ont prouvé une corrélation entre ces facteurs et des niveaux élevés de burnout, ainsi qu'avec une insatisfaction dans le travail, un sentiment permanent de tension et une diminution de l'estime de soi.

- Le contrôle

Le manque de contrôle d'un individu, tant au niveau personnel (au sens faible latitude décisionnelle du modèle de Karasek, comme par exemple ne pas pouvoir décider de la marche à suivre, ne pas être consulté pour la hiérarchisation des tâches ...) que collectif sur le plan de l'organisation du travail (mise en place d'un nouvel outil informatique, changement du planning, ou même à un niveau supérieur les opérations de fusion/acquisition de sociétés ...), est un facteur de risque de burnout (Michel et Gonzalez-Morales, 2013)

- Les atteintes du rapport positif à soi

Le tableau qui suit est issu du livre de P. Zawieja (37) ; il permet de résumer l'ensemble de ces atteintes :

	Niveau individuel	Niveau organisationnel	Niveau sociétal
Atteintes à la sécurité affective	- Agressions - Violences - Traumatismes	- Évaluation des performances - Style de management - Soutien social - Contact avec le public	- Individualisme - Hyper modernité ...
Atteintes au respect absolu de la personne humaine	- Exclusion - Discrimination - Placardisation	- Injustice organisationnelle - Rupture du contrat psychologique - Travail invisible	- Néolibéralisme - Domination - Aliénation
Atteintes à la solidarité	- Humiliation	- Style de management	- Système économique

sociale	- Harcèlement moral - Incivilités - Offense - Conflits éthiques - Vocation	- Éthique ou déontologie professionnelle - Organisation de projets	dominant - Perte de prestige de certaines professions
----------------	--	---	--

- Les facteurs intrinsèques

Le sexe : la plupart des études ne retrouvent pas de différence significative, sauf chez les femmes médecins où le taux de suicide est plus élevé que chez les hommes (38).

La situation familiale : ici encore, les résultats des études ne sont pas univoques. Une étude de 2001 menée par Maslach, Schaufeli et Leiter semble montrer que les hommes célibataires seraient plus à risque que les autres, surtout si ils n'ont jamais été mariés (39).

L'âge : peu de données concordent sur ce critère. Plus que l'âge, c'est l'expérience professionnelle et le nombre d'années passées dans son entreprise qui semble être plus prédictif de l'apparition ou non d'un épuisement professionnel. Selon les modèles empiriques de Freudenberger et Cherniss, ce sont les salariés avec le moins d'expérience professionnelle qui sont les plus touchés.

Certains types de personnalité : la littérature nous dit que certains types de personnalités sont plus fortement associés à des dimensions du burnout. Sans vouloir trop rentrer dans les détails, cela renforce simplement l'hypothèse que l'épuisement professionnel est la conséquence d'une organisation de travail, mais pas uniquement.

Ainsi, parmi les différents types de personnalité, et particulièrement celles du "Big five" de Mc Crae et Costa (40), le névrosisme est la personnalité la plus fortement liée à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation. Ces individus sont enclins à une détresse psychologique, à des idées irréalistes, à l'appréhension, à l'irritabilité, à une faible estime d'eux-mêmes et aux stratégies de coping mal adaptées. D'autres études montrent également que les individus avec un comportement de type A (besoin de compétition, agressivité, perfectionnistes, pression temporelle et contrôle des situations) sont également plus sensibles d'être un jour victimes de burnout (Maslach et coll., 2001).

b) Les facteurs protecteurs

Certains types de personnalité : les autres traits de personnalités du big five, à savoir l'extraversion, le caractère agréable, l'ouverture aux expériences et le facteur consciencieux seraient protecteurs vis à vis du burnout.

La place particulière de l'engagement : l'engagement des salariés envers leur travail est étudié depuis longtemps, mais son rapport au burnout a changé au cours des 10 dernières années.

En effet, il existe plusieurs définitions de l'engagement : en 1987, Brickman disait de la personne engagée vis-à-vis de son travail qu'elle "éprouve de l'enthousiasme face à ce travail, à cause de la valeur et du sens qu'il a pour elle, mais est aussi capable de faire preuve de persévérance lorsque cela est nécessaire, afin de surmonter les obstacles et les tentations à abandonner auxquels elle est confrontée". Neveu le qualifie comme "les rapports d'ordre cognitif et/ou affectif qui lient l'employé à son univers de travail", et Mathieu et Farr (1991) comme "la force de l'identification de l'employé à son travail".

En 2001, et comme dans de nombreuses études depuis, Schaufeli et al. (41) placent l'engagement à l'exact opposé du burnout ; il est défini comme "un état affectif positif, motivationnel, d'accomplissement, et de réalisation lié au travail"

Tout comme le burnout, l'engagement présente trois dimensions : la vigueur (vigor), le dévouement (dedication) et l'immersion (absorption).

- La vigueur est caractérisée par "un haut niveau d'énergie et de résilience mentale au travail, la volonté de s'investir dans celui-ci et la persistance face aux difficultés rencontrées" ;
- Le dévouement est désigné par "l'importance accordée au travail : l'enthousiasme, l'inspiration, la fierté et le sens du défi" (le travail fait sens pour le salarié) ;
- L'immersion qui implique d'être "totalement concentré et absorbé d'une façon épanouissante dans son travail", de sorte que le temps passe vite et que l'individu a du mal à se détacher de son travail.

Les dimensions de l'engagement vont de paire avec celles de l'épuisement (selon la définition de Maslach) : la vigueur et l'épuisement émotionnel, le dévouement et la dépersonnalisation (ou cynisme) et l'immersion avec la diminution de l'accomplissement personnel. Les auteurs les désignent comme extrémités d'un même continuum qu'ils

appellent activation (activation, energy) pour la fatigue et la vigueur et identification (identification, commitment) pour le cynisme et le dévouement (Schaufeli et al. 2001) ; selon ces mêmes auteurs, le passage d'un état à l'autre se fait selon le modèle exigences / ressources.

De nombreuses études montrent les bienfaits de l'engagement : Salanova et al. en 2005 ont montré que les niveaux d'engagement étaient positivement associés à la qualité du service (perception des clients). Il a également été démontré une relation linéaire entre l'engagement et la santé mentale, l'assiduité au travail, la performance et l'intention de continuer le même emploi (Bailey&Miller 1998 ; Brown 1996 ; Romsek 1989 ; Wiener, Muczyk et Gable 1987).

L'engagement se mesure par une échelle : l'UWES (Utrecht Work Engagement Scale, Schaufeli et al., 2003).

Comme nous l'avons vu précédemment (36), la limite entre l'engagement "excessif" et le surengagement est fine ; le surengagement représente "une implication trop intense vis-à-vis de son travail, vécue de façon exclusive et compulsive, et interférant avec les autres domaines de vie". Il constitue schématiquement la première étape du burnout.

L'engagement peut donc être considéré comme un facteur protecteur de burnout, dans le sens où il est situé à son exact opposé ; mais l'engagement n'est pas quelque chose d'acquis, et si le salarié à la base engagé subit un stress chronique, il pourra basculer, à terme, dans l'épuisement professionnel.

B. La mesure du burnout

Il existe plusieurs tests diagnostique permettant le diagnostic du syndrome d'épuisement professionnel. La liste n'est encore une fois pas exhaustive, j'ai choisi de développer ceux qui sont les plus utilisés (MBI en tête) ou qui me paraissent les plus pertinents.

1. Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

➤ Définition et utilisation

La première édition de ce test, développée par C. Maslach et S.E. Jackson, date de 1981 (42). Il est de loin le test le plus utilisé dans la littérature ; en effet, près de 90 % des recherches empiriques utilisent cet instrument.

Il existe actuellement 3 versions du MBI-test :

- MBI-human services survey (MBI-HSS) qui est la version originale créée en 1981 ; elle est à destination des professionnels de la relation d'aide (exs : médecins, assistantes sociales ...) et comporte 22 items
- MBI-educators survey (MBI-ES) qui concerne les professionnels de l'éducation
- MBI-general survey (MBI-GS), version plus récente (1996), qui s'adresse à l'ensemble de la population (43).

Le MBI-HSS comporte 22 items et explore 3 dimensions : le sentiment d'épuisement émotionnel (9 items) c'est à dire le sentiment d'être "vidé" émotionnellement par son travail, la dépersonnalisation (5 items) dont la définition donnée par Truchot est "le développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives et cyniques envers les personnes dont les professionnels concernés s'occupent (élèves, patients, clients)" (44)) et la diminution de l'accomplissement personnel au travail (8 items), à savoir la prise de distance voire le démotivation et le désengagement du salarié pour son travail.

Le MBI-GS est plus court : il ne contient que 16 items, toujours divisés en 3 sous catégories (5 items pour l'épuisement professionnel, 5 items pour la dépersonnalisation rebaptisée "cynisme" et enfin 6 items pour la diminution de l'accomplissement personnel, ici renommée "efficacité professionnelle" et qui prend en compte, en plus de l'accomplissement personnel, l'efficacité, la productivité et les compétences de la personne).

Chaque item est associé à une échelle de fréquence en sept points (allant de 0 = jamais à 6 = tous les jours) qui évalue la fréquence à laquelle l'individu a eu ce ressentiement ; à l'origine, cette échelle des fréquences était associée à une échelle d'intensité en 8 points, mais les résultats étant très fortement corrélés, cette deuxième échelle n'a pas été retenue (rendant une réalisation du test plus simplifiée).

Il est important de noter qu'il n'existe pas de « score global » du burnout : les items de chaque catégorie sont additionnés et permettent de donner un score pour chaque dimension. Pour être considéré en burnout, un salarié doit avoir des scores élevés sur les dimensions « épuisement émotionnel » et « dépersonnalisation » et un score faible pour la dimension « accomplissement personnel au travail ».

Cette échelle a été traduite en de nombreuses langues : allemand, arabe, espagnole, polonais, chinois ... La version française a été validée au Québec (Dion & Tessier, 1994) et en France (Girault, 1989 ; Pezet-Langevin, 1997)

Des seuils ont été proposés pour chaque dimension (faible / modéré / élevé) ; il faut préciser que ces seuils sont spécifiques d'un pays, et non d'une langue (45). Pour la version française, les valeurs limites ont été calculées au Québec et sont en cours de validation en France (46).

Le tableau ci-après présente les seuils retenus pour le MBI dans sa version originale de 1996 et ceux proposés par Galam pour la version française (47), légèrement différente de ceux proposés par Canoui en 2008 (48).

Dimensions du BO	Faible	Modéré	Elevé
EE	Original : < ou = 16 France : < ou = 17	Original : 17 <<26 France : 17 <<29	Original : > ou = 27 France : > ou = 30
DP	Original : < ou = 6 France : < ou = 4	Original : 7 <<12 France : 5 <<11	Original : > ou = 13 France : > ou = 12
AP	Original : < ou = 37 France : < ou = 33	Original : 31 <<36 France : 34 <<39	Original : > ou = 30 France : > ou = 40

➤ Validité du test

La validité de structure externe d'un test permet de comparer les données du questionnaire avec celles provenant d'autres mesures et vérifier le degré de convergence ou de divergence des 2 sources.

- La validité de structure externe convergente

Elle sert à savoir si les scores de différents domaines d'un questionnaire (ici donc l'EE, la DP et l'AP) sont corrélés positivement à d'autres mesures de ces domaines par un autre moyen que le test proposé.

Dans l'ensemble, les auteurs accordent une bonne validité convergente au MBI ; ce qui veut dire qu'il existe des associations significatives entre la mesure du burnout par le MBI et les autres tests diagnostic. Si cela est quasiment systématique pour ses dimensions d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation (qui constituent pour bon nombre d'auteurs le « noyau dur » de la maladie), l'accomplissement personnel est, lui, plus discuté.

Pour Leiter (49), cette troisième composante est à part, elle est indépendante et évolue à son propre compte. Cordes et Dougherty (50) assimilent l'accomplissement personnel à

"un trait de personnalité", qu'ils définissent comme la perception qu'a l'individu de ses performances, le contrôle qu'il a sur lui et son environnement, son estime de lui.

Cette hypothèse est confirmée par l'étude de Lourel et al. de 2007 (51): une méta-analyse a été réalisée sur 27 ouvrages, et les conclusions sont les suivantes : "A l'exclusion de tout autre lien significatif dans notre étude, ce résultat indique qu'il y a une probabilité de 99,99 % de chance pour que la liaison entre la dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel soit considérée comme plausible. Ils pourraient justifier de l'intérêt de recourir à une mesure de l'épuisement professionnel en deux dimensions seulement. En l'état, la place de la dimension de l'accomplissement personnel par rapport aux deux autres dimensions reste à approfondir pour ne pas dire discutable."

- La validité de structure externe divergente = validité discriminante

Elle étudie l'absence de corrélation entre le score d'un domaine donné du questionnaire et une mesure qui, d'après les hypothèses d'études, ne peut avoir de lien théorique avec ce domaine.

En d'autres termes, le diagnostic réalisé à l'aide du MBI est-il celui de burnout, ou peut-il être celui d'une autre pathologie ? Le MBI peut-il être confondu avec un outil diagnostic d'une autre pathologie ? La question se pose ici principalement pour la dépression.

Selon Maslach, les scores obtenus au MBI sont modérément corrélés à la satisfaction au travail et à la dépression, permettant de distinguer le diagnostic de burnout des deux autres.

En 1986, Firth et al. ont réalisé une étude chez 200 infirmières en comparant leur score de burnout mesurés à l'aide du MBI et ceux de la dépression grâce au BDI (Beck Depression Inventory) : il en ressort que seule la dimension « épuisement émotionnel » est associé significativement aux scores obtenus par le BDI.

En 2000, Baker et al. (52) mesurent le taux de burnout et de dépression chez 154 professeurs allemands à l'aide du MBI et de la CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) : cette étude met en avant les différences qu'il existe entre ces 2 pathologies grâce à la théorie de l'équité : un manque de réciprocité dans le travail est à l'origine du burnout (pouvant secondairement induire une dépression), tandis qu'un manque de réciprocité dans la vie personnelle est prédictif d'un syndrome dépressif (et uniquement), le principal déterminant entre ces 2 pathologies étant donc le contexte.

En résumé, et selon les études sus-citées, même si la dimension “épuiement émotionnel” est souvent associée favorablement au diagnostic de dépression, les deux pathologies sont donc considérées comme distinctes, de par leur origine et leur contexte, et donc également de par leur test diagnostique.

- La validité factorielle

De nombreuses études montrent que l’analyse multidimensionnelle (3 facteurs) réalisée par le MBI HSS est bien plus performante qu’une analyse à 1 ou 2 facteurs (Belcastro, Gold & Hays, 1983; Green & Walkey, 1988; Maslach & Jackson, 1986). Il en est de même pour le MBI GS (Baker, Demerouti et Schaufeli, 2002 ; Taxis, Schreurs et Schaufeli, 1999).

- La fidélité des résultats du test à travers le temps (« test-retest »)

La fidélité des réponses à la version originale du MBI (le coefficient de stabilité) pour un intervalle de 2 à 4 semaines est de :

- 0,82 pour l’épuiement émotionnel
- 0,60 pour la dépersonnalisation
- 0,80 pour la diminution de l’accomplissement personnel

Quand cet intervalle passe à 1 an, les coefficients retrouvés sont les suivants :

- 0,80 pour l’EE
- 0,54 pour la DP
- 0,57 pour l’AP

Pour un intervalle d’1 mois, les résultats sont bons ; on observe une chute de ces coefficients à 1 an (sauf pour l’épuiement émotionnel). Mais malgré cela, ces résultats restent acceptables.

- La consistance interne

Elle s’apprécie grâce aux coefficients alpha de Cronbach, qui mesurent la cohérence interne des questions posées lors d’un test. Sa valeur varie de 0 à 1, étant considérée comme "acceptable" à partir de 0,7.

Pour la version américaine du MBI, la consistance interne est bonne, tous les alphas de Cronbach étant supérieurs à 0,70 (0,90 pour l’EE, 0,79 pour la DP et 0,71 pour l’AP) ; en

revanche, pour la version française de Pezet-Langevin (53), les coefficients obtenus sont satisfaisants pour l'EE et l'AP mais ils ne le sont pas pour la DP (résultats similaires retrouvés dans d'autres études françaises).

Plusieurs raisons sont évoquées à ce score, particulièrement le faible nombre d'items dédié à la mesure de cette dimension, des critères culturels (seule la version française obtient un score inférieur à 0,70) et l'effet de désirabilité sociale (répondre aux questions en se présentant sous sa facette la plus favorable).

➤ Les limites du test

• **Son interprétation**

Il existe plusieurs interprétations du MBI en fonction des auteurs ; en effet le diagnostic de burnout est posé lorsque :

Une seule des dimensions est atteinte, auquel cas l'intensité grandit en fonction du nombre de dimensions touchées

Le score de la dimension « épuisement émotionnel » est élevé associé soit à un score « dépersonnalisation » élevé soit à un score « accomplissement personnel au travail » bas (54)

Les 3 dimensions sont touchées, et l'intensité dépend alors du score retrouvé pour chaque dimension.

De plus il n'existe aucune corrélation entre le score retrouvé pour une des échelles du MBI et la symptomatologie clinique, l'attribution des seuils ayant été faite de manière arbitraire à l'origine. La conséquence aujourd'hui est qu'on ne sait pas précisément à partir de quel score un salarié est considéré en burnout.

• **Le calcul des scores**

Comme nous l'avons expliqué plus tôt, le score obtenu est spécifique d'un pays et non d'une langue : or, pour la version originale par exemple, rédigée en anglais, la formulation des questions peut être considérée comme trop directe voire agressive pour des cultures

non américaines, entraînant des différences de réponses d'une population à l'autre, ce qui rend les comparaisons difficiles.

- **La difficulté à comparer les résultats des études retrouvées dans la littérature**

Ce test est le plus utilisé pour le diagnostic de burnout, mais il existe de nombreuses variations de son application ; en effet, le recours à plusieurs versions du MBI (échelle de fréquence associée à l'échelle d'intensité, qui a depuis été supprimée), l'utilisation d'échelles de Likert différentes (en 5 points au lieu de 7 par exemple) ou de versions plus courtes (certaines études n'utilisent que la dimension « épuisement émotionnel » par exemple), la variation des seuils en fonction des pays ... rendent encore une fois les comparaisons entre toutes ces études assez délicates.

- **Le diagnostic tardif**

Cet outil est adapté pour réaliser un diagnostic de burnout, mais seulement lorsque celui-ci a atteint un stade important ; en effet, nous avons vu dans le chapitre précédent que les 3 dimensions apparaissent assez tardivement dans le déroulement du processus ; or, lorsque la maladie est arrivée à ce stade, le salarié est déjà « en bout de course » ; un outil permettant un diagnostic plus précoce semblerait plus adapté à la prévention, si ce n'est primaire, au moins secondaire.

2. Le Burnout Measure (BM)

- Définition et utilisation

Le BM (Burnout Measure), initialement appelé « tedium scale », est l'échelle la plus utilisée après le MBI : elle a été créée par Pines et Aronson en 1988 (55).

Pour eux, le burnout représente « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental, causé par une longue implication dans des situations exigeantes émotionnellement » ; l'épuisement correspondant à un ensemble de plaintes exprimées par le sujet sur son état physique (affaiblissement, fatigue, troubles du sommeil, douleurs ...), émotionnel (sentiment qu'a la personne de ne plus pouvoir répondre efficacement aux sollicitations qui émanent de son environnement social, qui aboutit à une déprime passagère, à des sentiments de désespoir ou d'impuissance ...) et mental (développement d'attitudes négatives envers soi-même et son entourage, envie d'abandonner ...)

Il existe 2 échelles : la version originale (ou version longue) qui date de 1988 et qui comprend 21 items et la version courte (Burnout Measure Short Version, ou BMS), validée par Malach-Pines plus tardivement en 2005, et qui n'en comporte que 10 ; dans les 2 cas, chaque question est assortie d'une échelle en 7 points (1 : "jamais" et 7: "toujours").

Selon Lourel et al. en 2007 (56), l'évaluation du degré de burnout à l'aide de la version française du BMS s'effectue de la manière suivante :

- un score inférieur à 35 points indique un degré faible de burnout
- un score compris entre 35 et 45 signe la présence d'un burnout
- un score compris entre 45 et 55 indique un degré élevé d'exposition au burnout
- un score supérieur à 55 indique un degré très élevé d'exposition au burnout nécessitant la mise en œuvre d'un dispositif d'aide à la personne.

La principale qualité de cette échelle est qu'elle est unidirectionnelle : l'addition de tous les points donne un score global du burnout, à la différence de l'échelle MBI qui, nous l'avons vu, est tridimensionnelle et ne permet pas l'obtention d'un score unique.

Cette échelle a été traduite dans plusieurs langues : hébreux, hollandais, allemand, espagnol, polonais, anglais et français.

➤ Validité du test

Pour chacune des catégories, nous détaillerons les données issues de la littérature pour le BM version longue, le BMS, et la version française du BMS selon l'étude de Lourel et al de 2007 (56).

• **La validité de structure externe convergente**

Selon Truchot, le BM "est corrélé avec un ensemble de concepts avec lesquels il est théoriquement associé : satisfaction au travail, symptômes physiques, problèmes de sommeil, désir de quitter le travail, manque de ponctualité, désespoir. Il est lié à des caractéristiques négatives de l'environnement de travail : absence de support social, manque d'autonomie et de feedback sur ses performances, monotonie. De ce point de vue, il a une bonne validité".

Les recherches de Schaufeli et van Dierendonck en 1993 (57) montrent que le score obtenu par le BM est corrélé à la sous dimension "épuisement émotionnel" de l'échelle de Maslach

et Jackson. Ils l'expriment de la manière suivante : « le BM et le MBI évaluent un construit similaire sous-jacent et qui est central au burnout : l'épuisement ».

Pour Malach-Pines et Keinan (58), le score obtenu est fortement corrélé aux “exigences du travail, l'insatisfaction professionnelle, l'intention pour le salarié de quitter son emploi ou encore les plaintes psychosomatiques”; pour Holmqvist et Jeanneau (59), il est associé “au sentiment de rejet et de distanciation du professionnel à l'égard du patient” (faisant davantage écho à la dimension dépersonnalisation de l'échelle MBI).

Pour le BMS, les scores obtenus ont été comparés à ceux du BM, et sont globalement satisfaisants.

En ce qui concerne la version française du BMS, elle a été comparée à la sous-échelle de mesure de l'épuisement émotionnel du MBI et à l'échelle de satisfaction globale de vie professionnelle (ESVP) validée par Fouquereau et Rioux (2002) ; « le score obtenu sur la BMS est positivement et significativement corrélé avec celui de l'épuisement émotionnel, tandis qu'il est corrélé négativement et significativement avec celui de la satisfaction professionnelle. Ces résultats (...) plaident en faveur de la validité de construit de la version française du BMS ».

- **La validité factorielle**

Pour Pines, le BM est unidirectionnel ; cette hypothèse est confirmée par Corcoran en 1986, ou Justice, Gold et Klein en 1981. Mais d'autres auteurs considèrent qu'il est tridimensionnel (avec comme facteurs identifiés la démoralisation, l'épuisement et le manque de motifs : “ne pas se sentir optimiste”) : Enzmann et Kleiber en 1989, mais également Schaufeli et van Dierendonck en 1993.

- **Le “Test-retest”**

Ici aussi, les résultats obtenus sont plutôt satisfaisants : les corrélations entre 2 passations du BM version longue sont comprises entre 0,89 (à 1 mois) et 0,66 (à 4 mois) selon Pines et Aronson (1988), ce qui démontre une assez bonne stabilité de ce test.

Concernant le BMS, le coefficient de fidélité test–retest obtenu par Malach-Pines en 2005 est égal à 0,89 ; celui obtenu pour la version française est 0,87.

- **La consistance interne**

Les résultats obtenus sont très satisfaisants (tous supérieurs à 0,70) : pour la version originale, les alphas de Cronbach sont égaux à 0,90 ; pour la version courte et la version française, ils atteignent 0,86 et 0,87.

➤ Les limites du test

Selon certains auteurs, le fait de mesurer le burnout à l'aide d'une échelle unidimensionnelle ne rend compte que d'une partie du phénomène : l'épuisement professionnel serait donc assimilable à de l'usure ("wornout" Shirom et Ezrachi, 2003), ou à un "affaiblissement d'un sentiment général de bien être" (Enzmann, Schaufeli, Janssen et Rozenman, 1998), ce qui est vrai, mais incomplet.

La plus grosse limite de ce test semble être apportée par Schaufeli et Enzmann (1998) : le BM indiquerait un "niveau individuel d'épuisement qui n'est pas nécessairement lié à la relation de travail" : cet outil n'est donc pas strictement lié à un épuisement professionnel puisqu'il peut être utilisé dans d'autres domaines : celui du couple, par exemple, étudié par Pines en 1996 (le "couple burnout") et par Laes en 2001.

Le burnout, lorsqu'il est mesuré par cette échelle, ne serait donc pas spécifique au travail, parce qu'il serait le résultat d'un long engagement dans n'importe quel domaine qui demande à la personne une implication émotionnelle : cela sous-entend donc que le score obtenu peut être majoré par des problématiques d'ordre extra professionnelles, ce qui pourrait constituer un biais.

3. Le Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)

➤ Définition et utilisation

Pour Shirom, le burnout "est une réaction affective au stress permanent et dont le noyau central est la diminution graduelle, avec le temps, des ressources énergétiques individuelles" (2005)

A la différence des autres échelles de mesure, le SMBM repose sur la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll que nous avons développée plus haut.

Ce test est d'abord apparu sous une autre version, le SMBQ (Shirom-Melamed Burnout Questionnaire), qui analysait 4 dimensions : la fatigue physique (8 items) et la lassitude cognitive (6 items), que l'on retrouve toutes les 2 dans la version définitive, mais également la tension (4 items) et l'apathie (4 items) qui, elles, ont disparu. Chaque item

était accompagné d'une échelle en 7 points. Ce test servait à dépister les effets sur la santé de patients qui étaient exposés au stress sur le long terme, patients qui n'étaient pas forcément des salariés ; ce test a donc été "remodelé" en 2005 en vue d'être plus spécifique du monde du travail.

Il explore 3 dimensions en 14 items : la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive, qui correspond aux « difficultés ressenties par l'individu à se concentrer et à mobiliser rapidement ses capacités intellectuelles » (60).

➤ Validité du test

Dans cette sous-partie, la version française du SMBM est celle proposée par Sassi et Neveu (61).

- **La validité de structure externe convergente**

Le SMBM semble avoir une bonne validité de structure externe convergente ; il a été comparé au MBI-GS dans une étude menée par Shirom et Melamed en 2006 ; les résultats de l'étude sont satisfaisants (précisons que pour cette étude, seuls 2 axes du SMBM ont été retenus : la fatigue physique et la lassitude cognitive) (60).

Dans leur article, Sassi et Neveu ne font aucune comparaison avec un test diagnostic traduit et validé en français.

- **La validité factorielle**

Pour la version française, les auteurs ont comparé la version tridimensionnelle à des versions unidimensionnelles ("construit du burn out") et à 3 versions bidimensionnelles (où les dimensions du SMBM sont couplées 2 à 2) ; le modèle à trois dimensions présente des indices d'ajustement supérieurs aux autres.

- **Le « test-retest »**

Pour la version originale, le coefficient de stabilité a été évalué à 0,52 dans une étude menée sur une cohorte de 712 salariés, pour un intervalle de 2 ans (Melamed, Shirom et Froom, 2003), ce qui est assez faible mais reste satisfaisant (intervalle longue).

- **La consistance interne**

Les coefficients de fiabilité sont tous supérieurs à 0,70. Pour la version originale, les valeurs des alphas de Cronbach sont de 0,93 pour la fatigue physique, 0,90 pour la lassitude cognitive et 0,84 pour l'épuisement émotionnel ; ils sont légèrement diminués pour la version française (respectivement 0,87 ; 0,93 ; 0,84).

4. Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

➤ Définition et utilisation

Ce test est plus récent puisqu'il date de 2005. Ses créateurs (Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E. et Christensen AB), sont les investigateurs de l'étude PUMA, qui porte sur le burnout, la motivation et la satisfaction au travail et qui a pour objectif de mesurer le degré d'épuisement professionnel chez 1914 salariés qui travaillent dans le domaine des services à la personne (62).

Pour eux, le MBI n'est pas adapté à la mesure du burnout (limité aux professions d'aide, intrications du syndrome, des conséquences et des stratégies de coping dans les 3 dimensions développées, questions trop violentes, mal formulées, trop de dimensions mesurées ...) ; ils ont donc choisi d'utiliser un nouvel instrument de mesure, le CBI.

Cette échelle est composée de 3 dimensions mais elles sont toutes centrées sur l'épuisement: le burnout personnel, qui correspond au "degré de fatigue, d'épuisement physique et psychologique ressenti par la personne" ; le burnout lié au travail qui est décrit comme le "degré de fatigue, d'épuisement physique et psychologique perçu par la personne comme étant lié à son travail" et le burnout lié à la relation d'aide qui représente "le degré de fatigue, d'épuisement physique et psychologique perçu par une personne comme étant lié à son travail en relation avec les autres"

Le CBI comporte 19 items : 6 pour le BO personnel, 7 pour le BO lié au travail et 6 pour le BO découlant de la relation d'aide. Chaque item est accompagné d'une échelle de Likert en 5 points incrémentée de 25 (0 : jamais/presque jamais à 100 : toujours/très fortement). Le score se mesure par dimension ; il n'existe donc pas de score global.

Il existe de nombreuses traductions : anglais, suédois, japonais, mandarin, cantonnais, finnois, portugais, slovaque et français depuis 2010, mais seulement pour 2 sous échelles (l'épuisement personnel et celui lié à la relation d'aide) (63).

Cet outil se veut adapté à toutes les professions (General-CBI) ; il existe un volet spécifique pour le syndrome d'épuisement professionnel lié aux patients (P-CBI). Campos et al. ont également validé une version adaptée aux étudiants (64).

➤ Validité du test

La majorité des données développées dans cette sous partie sont issues de l'article de V. Langevin sur le CBI (65).

- **La validité de structure externe convergente et divergente**

Les auteurs ont comparé leur échelle aux items du SF 36 (questionnaire de santé perçue) : la corrélation la plus forte est obtenue pour l'échelle "épuiement personnel" (la plus générique des 3), et la plus faible est celle obtenue pour la dimension "épuiement lié à la profession d'aide" qui est la plus spécifique du CBI. L'échelle "épuiement personnel" est plus lié à la dimension "vitalité" qu'à celle de "santé générale" du SF36.

Une autre étude, réalisée par P. Winwood et al., montre une bonne corrélation entre le MBI et le CBI (66).

- **La validité factorielle**

D'un point de vue empirique, les résultats obtenus pour les 3 sous dimensions ne sont pas indépendants mais plutôt bien corrélés ; les auteurs admettent que l'analyse factorielle, si elle avait été faite, ne retrouverait certainement pas les 3 échelles. Pourtant, certains auteurs ont confirmé l'existence des 3 sous-échelles (Milfont et al. en 2008, Campos et al. en 2013, Fong et al. en 2014).

- **Le "test-retest"**

L'étude de Fong et al. réalisée en 2014 montre un coefficient de stabilité bon, compris entre 0,60 et 0,63 pour une intervalle de 4 mois (67).

- **La consistance interne**

Dans l'étude originale de Kristensen, ainsi que dans celles réalisées par la suite, les valeurs des alphas de Cronbach sont toutes supérieures à 0,70.

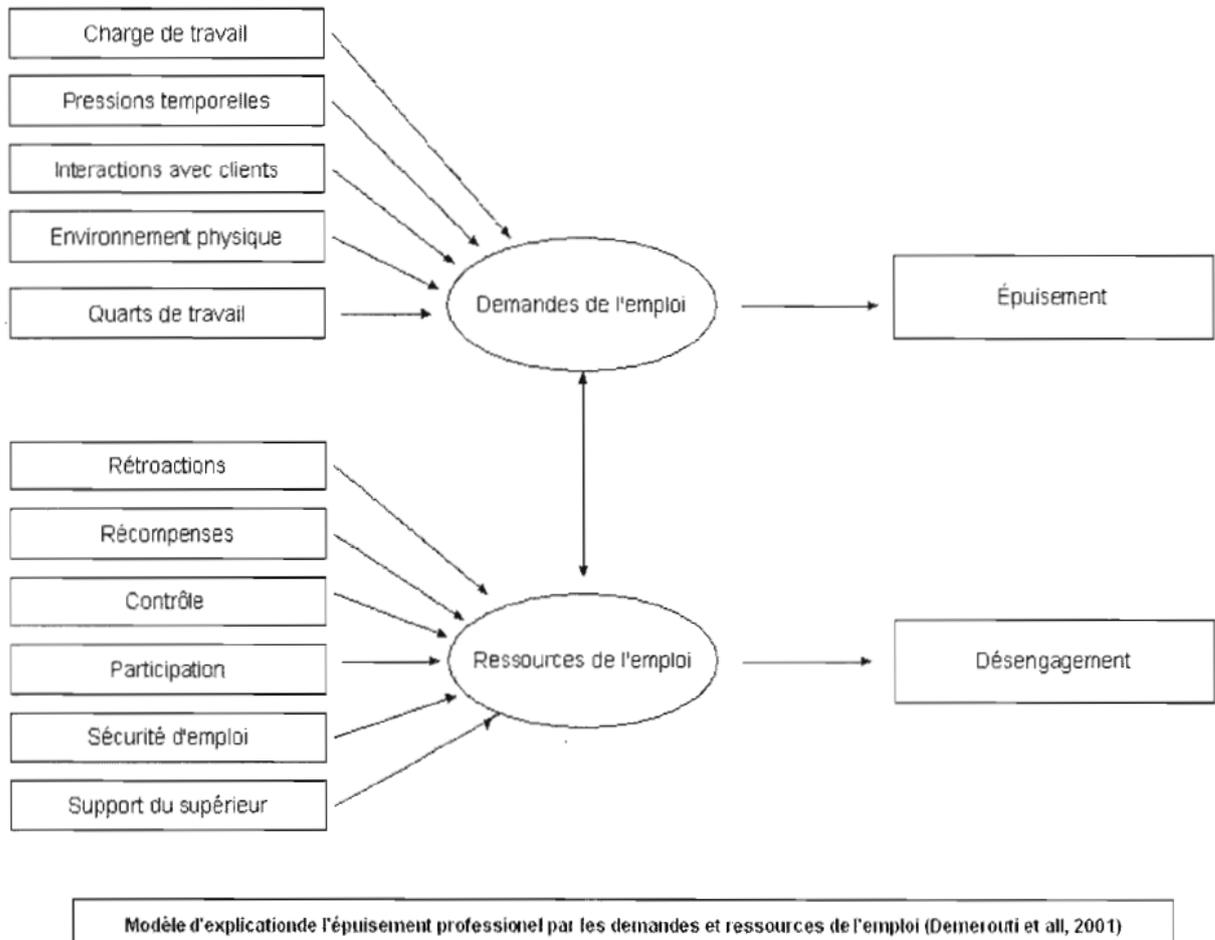
Pour exemple les valeurs retrouvées dans l'étude originale sont : 0,87 pour l'épuiement personnel, 0,87 pour l'épuiement lié au travail et 0,85 pour l'épuiement lié aux clients.

Dans l'étude française réalisée par Doppia et al. en 2011, ils sont égaux à 0,88 pour l'épuiement personnel et 0,85 pour l'épuiement lié à la dimension d'aide.

5. L'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

➤ Définition et utilisation

L'OLBI, ou Oldenburg Burnout Inventory, a été développé en Allemagne par Demerouti dès 1999 puis en 2003, à partir des travaux théoriques de Cherniss (1980) et Hall (1976). Cet outil se base sur le modèle des demandes/ressources de l'emploi, que l'on peut schématiser de la manière suivante (68) :



Selon Bakker et al (2004), le modèle demandes/ressources explique l'épuisement professionnel par 2 processus : un processus de stress qui est déterminé par les exigences professionnelles (= demandes de l'emploi sur le schéma) et qui aboutit à l'épuisement, et un processus motivationnel qui repose sur la disponibilité des ressources et qui a pour conséquence, si elles sont insuffisantes, le désengagement du salarié.

Cette échelle est donc bidimensionnelle : elle explore l'épuisement et le désengagement.

L'auteur définit l'épuisement comme la conséquence d'une exposition chronique à des exigences professionnelles, tant sur le plan émotionnel que physique et cognitif, ce qui le différencie de la dimension "épuisement émotionnel" du MBI (car plus complet), et le désengagement comme la distance que met l'individu entre son travail et lui-même, ou encore l'ensemble des attitudes négatives que développe le salarié envers l'objet de son travail, le contenu de son travail et le travail en général. Cette dimension rappelle la dimension "dépersonnalisation" du MBI, à la différence qu'ici, la distance ne se fait pas envers les patients, ou clients ... mais bien envers le travail, ce qui permet à cette échelle d'être utilisées dans plus de domaines.

Cet outil est constitué de 16 items, chaque dimension en comporte 8, 4 formulés de manière positive et 4 de manière négative. On retrouve une échelle en 4 points (1 : pas du tout d'accord et 4 : complètement d'accord)

Il existe en plusieurs langues : allemand, anglais et grec.

➤ Validité du test

- **La validité de structure externe convergente**

Dans sa thèse visant une adaptation québécoise de l'OLBI, N. Chevrier nous rapporte les différentes études ayant démontré la validité convergente de cet outil (69) :

- l'étude de Demerouti et al de 2003 a amené des preuves quant à la validité convergente des 2 dimensions de l'OLBI avec la fatigue mentale pour l'épuisement et la satiété dans le cas du désengagement (relations non croisées) (70) ;
- cette même étude, ainsi que celle menée par Halbesleben et Demerouti en 2005 montre également une convergence entre l'OLBI et le MBI-GS (71).

- **Le « test-retest »**

Dans leur étude de 2005, Halbesleben et Demerouti montrent une assez mauvaise stabilité du test dans le temps : dans un intervalle de 4 mois, le coefficient de stabilité est égal à 0,51 pour l'épuisement et 0,34 pour le désengagement.

- **La consistance interne**

Selon les études effectuées par Demerouti en 2001, les alphas de Cronbach sont égaux à 0,82 pour l'épuisement et 0,83 pour le désengagement. Ils ont été recalculés par Bakker et al. en 2003 : on observe une diminution pour l'épuisement (qui atteint 0,73, ce qui reste supérieur à 0,70), en revanche le désengagement est stable (0,83). Ces résultats corrects.

6. Le Spanish Burnout Inventory (SBI)

➤ Définition et utilisation

C'est le test le plus récent (il date de 2009) ; il est également appelé CESQT pour Cuestionario para la Evaluacion del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Son créateur, le professeur Gil Monte, propose une définition très généraliste du burnout ; il correspond à “une réponse à un stress professionnel résultant de difficultés interpersonnelles”. De cette définition découle des conséquences, qui représentent les 4 dimensions mesurées par cet outil :

- L'enthousiasme du salarié envers son travail
- L'épuisement psychologique (qui englobe l'épuisement émotionnel et l'épuisement physique)
- L'indolence (attitudes de retrait, cynisme envers la relation d'aide)
- La culpabilité (ressentie par le salarié devant la détérioration de la relation de soin).

L'échelle est constituée de 20 items (5 pour l'enthousiasme professionnel, 4 pour l'épuisement psychologique, 6 pour l'indolence et 5 pour la culpabilité), assortie d'une échelle en 4 points (0 : jamais et 4 : tous les jours)

La définition de Gil Monte est assez proche de celle donnée par Maslach et Jackson, et les dimensions qu'il mesure se rapprochent de celles déterminées par le MBI, à l'exception de la culpabilité que le MBI n'explore pas. Ici aussi, le champ d'action se limite aux métiers liés à la relation d'aide.

Il existe 2 catégories de personnes (Gil Monte, 2005) : les salariés du profil 1 souffrent modérément de stress, ils ont une diminution de leur enthousiasme professionnel, ressentent un épuisement psychologique et font preuve d'indolence ; cependant, ils

peuvent poursuivre leur travail. Les salariés de la catégorie 2 ont les mêmes symptômes, mais ressentent en plus une grande culpabilité envers eux-mêmes, ce qui ne leur permet pas de poursuivre leur activité professionnelle.

Le test existe en espagnol et portugais.

➤ Validité du test

- **La validité de structure externe convergente**

Plusieurs études de 2007 et 2008 ont permis d'apporter la preuve de la validité convergente des 3 dimensions du SBI avec les 3 dimensions du MBI (en associant l'enthousiasme et la diminution de l'accomplissement personnel, l'épuisement psychologique et l'épuisement émotionnel et enfin l'indolence et la dépersonnalisation).

- **La validité factorielle**

Une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée à plusieurs reprises (par Gil Monte et al. en 2007, 2009 et 2010) : toutes confirment la coexistence des 4 sous-dimensions.

L'étude la plus récente date de 2013 et conclue que « le modèle en 4 facteurs possède des propriétés psychométriques satisfaisantes pour l'étude du burnout dans le contexte culturel portugais » (72).

- **La consistance interne**

Les alphas de Cronbach ont été calculés dans plusieurs études ; ils varient de 0,66 à 0,80 pour l'indolence qui obtient les scores les plus bas et de 0,72 à 0,90 pour l'enthousiasme qui a le score le plus élevé.

- **Les limites du test**

Le test étant récent, il est traduit en peu de langues, et n'a pas été validé encore dans un grand nombre d'étude. Comme le MBI, il permet uniquement de mesurer le burnout pour les salariés qui travaillent dans des métiers d'aide à la personne.

Nous allons enfin parler de tests, que nous développerons moins que les précédents, car ils sont plus "expérimentaux", et donc moins validés.

7. Le test de pré diagnostic de Burn Out

En 2012/2013, l'université de Liège (Belgique), en partenariat avec l'université Gent, la clinique du stress et Arista (service santé au travail belge), a lancé une étude sur le burnout; ce projet a été soutenu par le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale ainsi que par le Fond social européen. Cette étude avait 2 objectifs principaux :

- mettre en place un outil de dépistage précoce du BO
- améliorer la prévention primaire, secondaire et tertiaire du BO (73)

L'outil conçu par cette étude est divisé en 2 grandes sections : la première permet de dépister les symptômes physiques, cognitifs et comportementaux chez les salariés pouvant s'apparenter à un burnout, accompagnée d'une échelle en 4 points (1 : rarement et 4 : toujours). Les auteurs insistent sur le fait que ces symptômes doivent être présents depuis quelques mois pour pouvoir parler de burnout. La deuxième concerne exclusivement le travail, où l'on recherche des facteurs de risque de burnout (charge de travail importante, manque d'autonomie, mauvaise organisation du travail...), les ressources manquantes au sein du travail (manque de soutien, de reconnaissance, peur de perdre son emploi ...) ; cette section se termine par 4 questions à poser au salarié qui, si elles sont présentes, constituent une (ou des) piste(s) à privilégier pour la prévention (qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire).

Le test est accompagné d'un livret explicatif et de propositions de prévention en fonction du stade de burnout retrouvé chez le salarié.

Il est demandé à plusieurs reprises au salarié s'il a déjà eu des antécédents de burnout, s'il a déjà été suivi, ou s'il a déjà évoqué ses difficultés relatives au travail avec quelqu'un d'autre que le médecin du travail : psychologue du travail, médecin traitant ... ce qui permet au médecin du travail de se mettre en contact et faire le lien avec les personnes déjà impliquées dans la prise en charge.

Malgré l'échelle en 4 points, ce test ne permet pas de mesurer un score. Il donne une idée générale de l'avancée du processus : plus le score est élevé, plus le processus est avancé, et donc plus la prise en charge doit être rapide (surtout si il y a des antécédents).

Cet outil a été testé en vue d'être validé sur des petits échantillons ; d'un point de vue scientifique, il est moins "solide" que ceux évoqués auparavant, mais il présente des avantages non négligeables à nos yeux : il permet de faire un diagnostic précoce et donc

d'agir le plus en amont possible du processus ; il peut cibler des situations de travail précises qui représentent des facteurs de risque pour le salarié et propose des pistes de réflexion en terme de prévention, ce qui le rend plus facile d'accès par les médecins du travail.

8. L'échelle DUWAS

Cette échelle serait ici détournée de son utilisation première : elle a été développée par W. B. Schaufeli, A. Shimazu et T. W. Taris en 2009 (74) à partir d'échelles pré existantes utilisées pour le dépistage du "workaholism".

Rappelons que le workaholism est différent de l'engagement ; une étude longitudinale de Shimazu et al. sortie en 2015 réalisée auprès de 1196 salariés japonais sur 2 ans montre que le workaholism a des conséquences négatives sur le travail à la différence de l'engagement qui booste le salarié et ses performances.

Cette échelle est bidimensionnelle : elle mesure le travail excessif, et le travail compulsif (5 items chacun), accompagné d'une échelle en 4 points (1 : jamais ou presque jamais et 4 : toujours ou presque toujours). Une personne workaholic combine des scores élevés dans les 2 dimensions.

Certaines études, notamment celle menée par le cabinet Technologia (36), pensent que cette échelle ferait un bon outil de pré-diagnostic du burnout : en effet, l'association de ces 2 facteurs (travail excessif et compulsif) correspond au surengagement qui constitue les débuts de la maladie.

A ce jour, aucune étude n'a permis de tester la validité de cette théorie.

C. Le prise en charge du burnout

1. Rappel de définitions

La revue de la littérature ne montre pas d'interventions validées et reconnues spécifiquement pour prévenir ou traiter l'épuisement professionnel. Cependant, au vue de certaines études, certaines pistes semblent devoir être privilégiées.

La prévention des risques se décline en 4 niveaux, qui ont chacun leur caractéristiques spécifiques. Pour chaque niveaux, il existe 2 aspects : la prévention centrée sur l'organisation du travail, qui cible les stressors et essaie de les faire diminuer voire de les

éliminer, et celle centrée sur l'individu lui-même, qui vise à réduire la symptomatologie clinique.

L'étude menée par Awa et al. en 2010 montre qu'une prise en charge conjointe de l'organisation du travail et du salarié semble plus efficace qu'une prise en charge limitée à l'un ou à l'autre (75) ; en effet, on observe des rechutes plus tardives lorsque l'on mobilise 2 facteurs plutôt qu'un (6 mois ou moins versus 1 an ou plus).

Les travaux du KCE réalisés en 2011 confirment cette hypothèse : les interventions combinées à la fois vers l'individu et l'organisation montrent une meilleure efficacité que les autres, bien que les effets dépassent rarement les 12 mois. Plus les interventions sont ajustées au public cible, continues et répétées, plus elles sont efficaces et ce, surtout si l'on combine différents types d'interventions.

La prévention primaire correspond à « l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque » (définition de l'OMS) ; si nous reprenons ici le modèle job demand/ressource, la prévention primaire a pour but de diminuer les demandes (contenir les exigences professionnelles) et parallèlement d'augmenter les ressources personnelles (créer un climat et un environnement de travail propice à leur développement et leur régénération) .

Le prévention secondaire a pour but de « déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire ; elle constitue un ensemble de mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès. » Ici donc, elle consiste à mener des actions au sein de l'entreprise pour 1/ empêcher l'aggravation du processus chez les salariés atteints (à des stades faible et modéré) et 2/ éviter la propagation du burnout chez les autres salariés.

La prévention tertiaire « désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue les complications et les rechutes des maladies » ; cette prévention englobe la prise en charge globale (suivi et traitement) des personnes souffrant de burnout à un stade avancé ; elle a pour but d'éviter les complications du burnout (dépressions, idées suicidaires ...).

Quant à la prévention quaternaire, elle représente «l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables » ; comme le dit P. Zawieja dans son livre sur le burnout, elle cherche à « lutter contre les effets néfastes d'une surmédicalisation ou d'une surpsychologisation du burnout et contre les peurs engendrées par une sur/mes-information » (37). D'autres disciplines sont impliquées (la sociologie, le droit, l'économie ...) et doivent participer à la prise en charge globale de ce phénomène.

2. Grands principes de la prévention

a) *Prévention centrée sur le travail*

Elles représentent des priorités absolues, et passent pourtant souvent au second plan car elles sont plus coûteuses en efforts, en temps et en argent. Le médecin du travail a ici un rôle très important à jouer auprès des entreprises, et plus particulièrement des employeurs qui ne voient pas forcément au premier coup d'œil leur utilité...

6 domaines d'interaction à privilégier pour améliorer le bien être au travail ont été retrouvés par Maslach et Leiter en 1997, complétés par 3 autres en 2002 par V. Guéritault-Chalvin. Ils représentent tous des aspects du travail à considérer en priorité pour diminuer les facteurs de risque de burnout :

- La charge de travail : diminuer au maximum la charge de travail, redistribuer les missions, se faire aider par ses collègues et/ou ses supérieurs, déléguer
- Le contrôle : faire participer tant que possible le salarié aux prises de décision (surtout si elles concernent son poste), augmenter son autonomie
- Le système de récompense : la récompense, sous n'importe quelle forme (compliments, financière, augmentation de la sécurité de l'emploi ...) est un pilier du bien être au travail comme le démontre le modèle « effort/récompense » de Siegrist
- Le soutien social et la cohésion d'équipe : Favoriser les échanges et la communication en général par le biais de réunions, mais également de team building, ou encore l'ergonomie des postes de travail...
- L'équité au travail : dans les salaires, la charge de travail ...
- Le conflit de valeur : éviter de faire pratiquer à un salarié des tâches qui sont contraires à son éthique ou à ses valeurs personnelles

- La valeur perçue du travail : le travail doit retrouver son sens (comme nous l'avons vu avec l'approche motivationnelle d'A. Pines), le salarié doit savoir pourquoi il fait telle ou telle tâche sinon cela génère de la frustration et a des conséquences sur son travail.
- Les formations : proposer des formations appropriées au poste qu'occupe le salarié pour, par exemple, éviter qu'il se retrouve confronté à des problématiques qu'il ne sait pas résoudre et qui deviennent donc source de stress.
- L'interruption de tâches : téléphone, mail, collègues, public ... elle est incessante pour certains postes, et ne favorise pas la concentration. Il est important de bien organiser son emploi du temps (possibilité de débrancher son téléphone une matinée/semaine par exemple), y penser également lors de l'aménagement des locaux (open space).

b) Prévention centrée sur l'individu

Cette prévention est à faire conjointement à celle vue dans le paragraphe précédent ; en effet, elle a été très développée dans le passé (sur l'ensemble des actions de prévention retrouvées dans la littérature en 2010, 70% étaient à destination des individus uniquement (76)), sans grand succès ; de plus elle culpabilise le salarié qui croit qu'il est le seul responsable de son état. Enfin « aux mêmes causes les mêmes effets » : si l'individu se prend en charge mais que l'organisation du travail ne change pas, le risque de rechute reste très élevé.

Comme le disent V. Guéritault-Chalvin et C. Cooper dans leur article (77), il existe schématiquement 2 catégories de stratégies préventives centrées sur l'individu :

- Les stratégies visant à modifier la relation entretenue par l'individu avec son travail
- Les stratégies visant à améliorer les ressources personnelles de l'individu afin de le rendre plus résistant aux effets néfastes du stress présent au travail

➤ Modifier la relation entretenue par l'individu avec son travail

La liste est longue, mais quelques pistes semblent à privilégier :

- Bien gérer ses heures : consacrer le temps adéquat au travail et à ses activités extra professionnelles, ainsi qu'au sommeil / prévoir une vraie pause le midi, ainsi que des pauses plus courtes dans la journée de travail / favoriser la flexibilité / Evaluer le temps nécessaire à chaque tâche et s'y tenir / prêter attention à l'envahissement par la technologie (les smartphone et ordinateurs portables permettent aux gens d'être

joignables partout et tout le temps ; limiter au maximum leur utilisation pendant les week-ends et les vacances)

- Mieux planifier de son travail : Hiérarchiser les tâches / bien définir ses objectifs et les moyens d'y arriver avant de se lancer tête baissée / aborder les tâches difficiles par étape / essayer dans la mesure du possible de réaliser les tâches les unes à la suite des autres et non toutes en même temps
- Savoir dire non et déléguer
- Savoir demander de l'aide à ses collègues et/ou supérieurs si besoin
- Varier ses tâches dans la mesure du possible
- Favoriser le soutien social (travail en groupe, staff, réunions ...) qui permet de se faire aider, et également dans certains cas d'extérioriser son stress
- Développer des techniques de gestion du stress pour modifier la perception du salarié vis-à-vis de stresser(s) professionnel(s).

➤ **Améliorer les ressources personnelles de l'individu**

- Adopter un style de vie plus décontracté : à chacun de trouver le sien ! L'important est de dégager du temps et de s'y tenir : pratiquer un ou plusieurs sport(s), avoir des loisirs, une vie sociale active, utiliser des techniques de relaxation (yoga, sophrologie, méditation ...), jusqu'à instaurer des rituels de décompression lors du retour au domicile (bains ...) ... Tout ceci ayant pour but de mieux gérer le stress mais également de se créer un environnement lui permettant de se ressourcer et de profiter de toutes les sphères de sa vie
- Suivre une psychothérapie, qui permet à certains individus d'avoir une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de mieux comprendre pourquoi ils sont vulnérables au stress, tout en les aidant à trouver le moyen d'aborder leur vie professionnelle plus sereinement (Lyall 1989 ; Riordan et Saltzer 1992). A un stade avancé de burnout, les thérapies ayant fait la plus grande preuve de leur efficacité sont les thérapies cognitivo-comportementales, qui ont malgré tout une durée d'action assez limitée (78).

III. Mise en place d'un protocole de suivi des internes

A. Présentation de l'étude

1. Objectif de l'étude

L'internat de médecine est une étape clef de la formation des futurs médecins : après 6 ans d'externat, les étudiants en médecine font enfin le choix de leur spécialité et de leur ville de

formation. Ce choix n'en n'est pas toujours un puisqu'il est dépendant du classement à l'Examen Classant National (ECN). La prise de fonctions s'accompagne d'un stress certain pour l'interne : stages de 6 mois dans différents services, cours de DES, gardes aux urgences, travail personnel ... questions sur la prise en charge de ses patients, questions éthiques ... Nous avons déjà évoqués les stressseurs chroniques potentiels pendant l'internat. Et comme nous l'avons vu dans la première partie, l'une des conséquences du stress chronique est l'épuisement professionnel.

Aussi l'objectif principal de cette étude est d'effectuer un suivi de la santé des internes sur une période de 4 ans, afin de déterminer quelles sont les difficultés voire les pathologies qui apparaissent au cours de cette période.

L'objectif secondaire est l'identification de facteurs de risque responsables de la dégradation de la santé psychique et physique des internes au cours de leur internat.

2. Présentation de la cohorte

La cohorte est une cohorte "piégée" : elle est constituée des internes de médecine toutes spécialités confondues (médecine générale, spécialités médicales et chirurgicales), qui ont commencé leur internat en novembre 2014 et qui ont choisi Toulouse comme ville de formation.

Les critères d'inclusion sont donc les suivants :

- Etre interne en médecine, quelle que soit la spécialité
- Débuter son internat en novembre 2014
- Avoir choisi Toulouse comme ville de formation du Diplôme d'Etude Spécialisée (DES)

3. Matériel et méthodes

a) Le déroulement de l'étude

Cette étude est une étude longitudinale, mono centrique, réalisée au CHU de Toulouse, sur les sites de Purpan et Rangueil. Nous ne présenterons ici que l'étape d'inclusion qui s'est déroulée entre septembre et octobre 2014.

Avant d'effectuer la prise de leur fonction, les internes sont vus en consultation pour la délivrance de leur certificat d'aptitude à l'exercice de la fonction d'interne des hôpitaux.

Ce certificat est obligatoire avant la prise de fonction d'un interne dans un service hospitalier. Il doit être rédigé par un praticien hospitalier ; à Toulouse, ce certificat est rédigé (pour la grande majorité des cas) par les praticiens hospitaliers de la Médecine du Travail du Personnel Hospitalier (MTPH) de Purpan et Rangueil.

Ce certificat atteste que l'interne remplit :

- les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières auxquelles il postule ;
- les conditions d'immunisation contre certaines maladies (DTP, hépatite B ...)

Les médecins de la MTPH reçoivent donc les internes avant leur prise de poste ; ils profitent également de cette visite pour véhiculer les principaux messages de prévention en fonction de la spécialité choisie par l'interne.

Dans le cadre de cette étude, chaque interne qui s'est rendu à cette visite a reçu un auto-questionnaire qu'il a rempli seul lorsqu'il était dans la salle d'attente du service. Le questionnaire était ensuite remis au médecin au cours de la consultation qui faisait suite. Ce dernier vérifiait que le questionnaire était correctement rempli et pouvait reprendre avec lui certains items si besoin.

Le questionnaire est gardé dans le dossier médical de l'interne à l'hôpital ; le consentement des futurs internes a été obtenu pour chaque questionnaire rempli.

Il a été choisi ce moment pour distribuer les questionnaires car la majorité des internes viennent à cette visite et qu'à ce moment ils sont seuls et dans le calme pour répondre à un questionnaire. Le questionnaire était remis en main propre et sur le moment, ce qui limite également le nombre de « non-réponse » en comparaison avec un questionnaire envoyé par mail par exemple.

Le même questionnaire sera redistribué aux internes lors de leur suivi à 2 ans et 4 ans ; il sera probablement complété par d'autres échelles.

b) Le questionnaire utilisé

L'auto-questionnaire auquel les internes ont répondu se décline en 6 parties :

- "situation personnelle" : données socio démographiques diverses, ville d'externat et choix de spécialité ;

- "santé" : questions principalement axées sur la santé psychique et les addictions ;
- "mode de vie" : temps consacré aux proches et au sport ;
- "études de médecine" : recherche de ce qui les a motivé initialement pour entreprendre leurs études ;
- "choix de la spécialité" : motivations, choix éclairé ou non ;
- "après l'internat" : mode d'exercice après l'internat, secteur public ou privé, carrière universitaire.

Les internes ont également rempli l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) qui permet une mesure de la dépression et de l'anxiété.

Ce questionnaire a été en partie inspiré de celui utilisé dans la thèse d'Antoine Le Tourneur et Valériane Komly (64). Des questions ont été ajoutées, concernant notamment les motivations à faire médecine et au choix de la ville et de la spécialité.

Le but est ici de faire le point sur la santé globale des internes avant le début de leur internat, et de déterminer les raisons de leur choix, tant au niveau des études médecine que de leur spécialité. Les étudiants n'ayant pas encore pris leur fonction (ils ont passés l'ECN il y a 4 mois), aucune échelle de mesure de l'épuisement professionnel ne leur a été distribuée.

Le questionnaire est disponible dans les annexes (annexe 2).

4. Recueil des données et analyse statistique

Le logiciel d'exploitation utilisé est STATA 13 la plupart des variables qualitatives ont été codées de manière binaire (1,0). Concernant la gestion des données manquantes : lors de l'analyse, toute question non répondue n'a pas été prise en compte.

B. Résultats

1. Statistiques descriptives : caractéristiques de la population étudiée

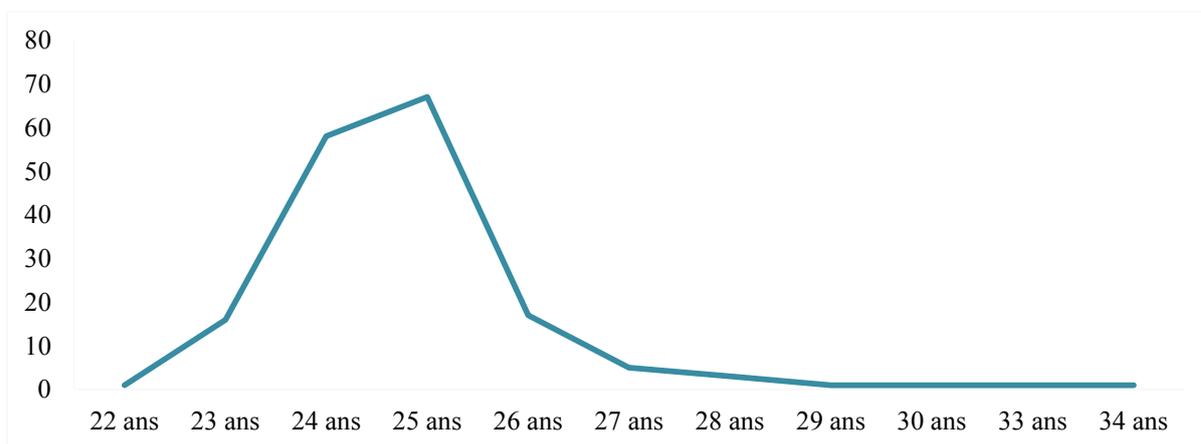
Ils étaient 341 internes à débiter leur internat à Toulouse en novembre 2014 : 176 se sont présentés en médecine du travail et ont donc répondu au questionnaire, ce qui correspond à 51,61% de la population cible.

a) *Situation personnelle*

➤ L'âge

L'interne le plus jeune a 22 ans et le plus âgé 34 ans ; l'âge moyen de l'échantillon est 24 ans.

La répartition des internes selon leur âge est représentée sur la courbe ci-dessous :



Données manquantes : 5

NB : Les valeurs manquantes ne sont pas prises en compte dans le calcul du pourcentage

➤ Le sexe

L'échantillon est principalement composé de filles (107, soit 61,85%) ; les hommes, quant à eux, ne représentent que 38,15% de la population (ils sont 66).

Données manquantes : 3

➤ Répartition des sexes en fonction des tranches d'âge

Ages	22 ans	23 ans	24 ans	25 ans	26 ans	27 ans	28 ans	29 ans	30 ans	33 ans	34 ans
Femmes	1	11	37	41	11	4	0	0	0	1	0
Hommes	0	5	21	26	6	1	3	1	1	0	1
Total	1	16	58	67	17	5	3	1	1	1	1

Données manquantes : 5

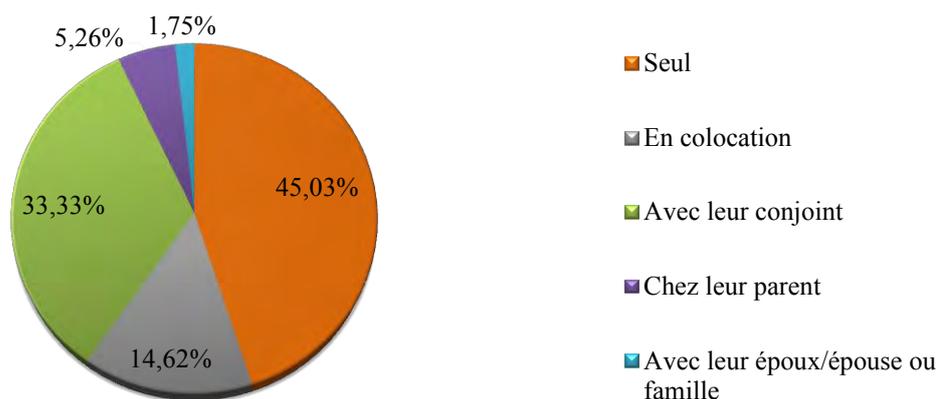
➤ Le statut marital

102 internes sont célibataires, soit 59,65%. 69 sont en couple, ce qui représente 40,35% de l'effectif.

Données manquantes : 5

➤ Le mode de vie

Répartition des internes en fonction de leur mode de vie



Données manquantes : 5

Sur ce schéma, nous voyons donc que la majorité des internes vivent seuls (45,03% de la population, soit 77 internes).

➤ La ville d'externat

Ville d'externat	Effectif(s)	Pourcentage
Amiens	1	0,58%
Angers	2	1,16%
Bordeaux	12	6,94%
Caen	3	1,73%
Clermont Ferrand	2	1,16%
Cluj Napoca	1	0,58%
Grenoble	1	0,58%
Lille	4	2,31%
Limoges	7	4,05%
Lubljana	1	0,58%
Lyon	1	0,58%
Marseille	2	1,16%
Montpellier	2	1,16%
Nantes	2	1,16%

Nice	2	1,16%
Paris	14	8,09%
Poitiers	11	6,36%
Reims	4	2,31%
Rennes	3	1,73%
Rouen	2	1,16%
Toulouse	95	54,91%
Tours	1	0,58%

Données manquantes : 3

La majorité des futurs internes ont choisi de rester dans leur ville d'externat : plus de la moitié de l'échantillon est constitué d'externes toulousains (54,91%).

- Le nombre d'enfant(s)

Parmi la population d'internes (176), il y a 6 données manquantes pour cette question. Seulement 2 internes sur 170 déclarent avoir un enfant, soit 1,18% de la population ayant répondu.

- La répartition des internes en fonction de leur spécialité

Spécialité	Effectif(s)	Fréquence
Anatomopathologie	2	1,16%
Anesthésie/Réanimation	5	2,91%
Biologie médicale	4	2,33%
Cardiologie	5	2,91%
Chirurgie	7	4,07%
Dermatologie	2	1,16%
Gastro-entérologie	2	1,16%
Génétique	1	0,58%
Gynéco-obstétrique	7	4,07%
Hématologie	2	1,16%
Médecine générale	91	52,91%
Médecine interne	1	0,58%
Médecine du travail	4	2,33%
Oncologie	3	1,74%
Ophtalmologie	5	2,91%
ORL	2	1,16%
Pédiatrie	7	4,07%
Pneumologie	2	1,16%
Psychiatrie	14	8,14%
Radiologie	4	2,33%
Santé publique	2	1,16%

Données manquantes : 3

De manière schématique :

- 7 internes ont choisi « chirurgie », soit 4,07% ;
- 91 internes ont choisi « médecine générale », soit 52,91% ;
- 74 internes ont choisi « spécialité médicale », soit 43,02%.

b) Santé

➤ Les antécédents

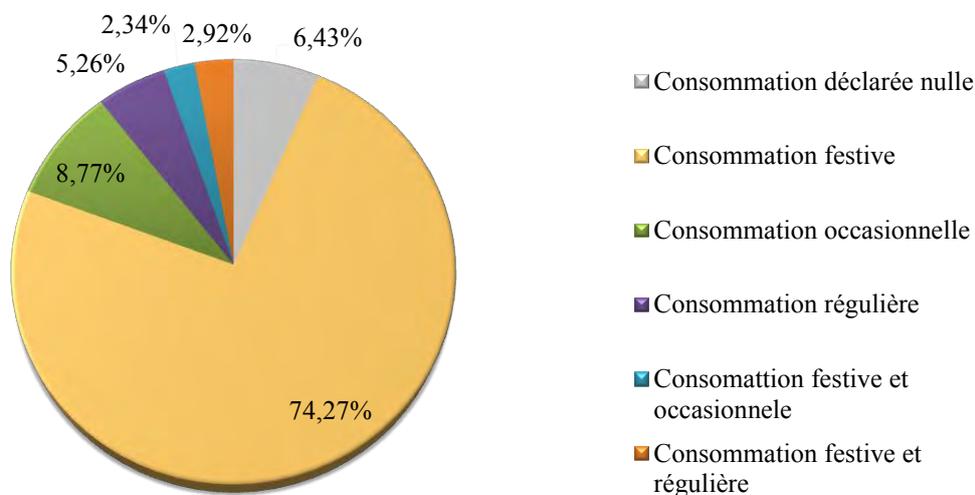
40,72% des internes n'ont aucuns antécédents médicaux ; les principaux antécédents retrouvés au sein de cette population sont l'asthme (chez 21 étudiants) des allergies (chez 15 étudiants) et l'appendicite (chez 7 futurs internes). Le tableau complet est dans les annexes (il existe 9 données manquantes pour cet item).

➤ Le tabagisme

Il existe 3 données manquantes pour cette question ; sur les 173 internes ayant répondu à cet item, seuls 34 (19,65%) disent fumer. 80,35% de l'effectif ne fument pas.

➤ La consommation d'alcool

Consommation d'alcool déclarée



Données manquantes : 5

On remarque ici que la grande majorité des futurs internes ne consomme de l'alcool que dans un contexte festif (74,27%, soit 127). Seuls 9 étudiants, soit 5,26% de l'échantillon, déclarent avoir une consommation régulière.

➤ La prise de substance psycho actives

Il existe 5 données manquantes pour cette question ; sur les 171 réponses obtenues, 166 futurs internes (97,08%) déclarent ne pas consommer de substances psycho-actives. 5 personnes ont déjà pris du cannabis (seule substance retrouvée dans les réponses), soit 2,92% de l'échantillon.

Données manquantes : 5

c) La santé mentale

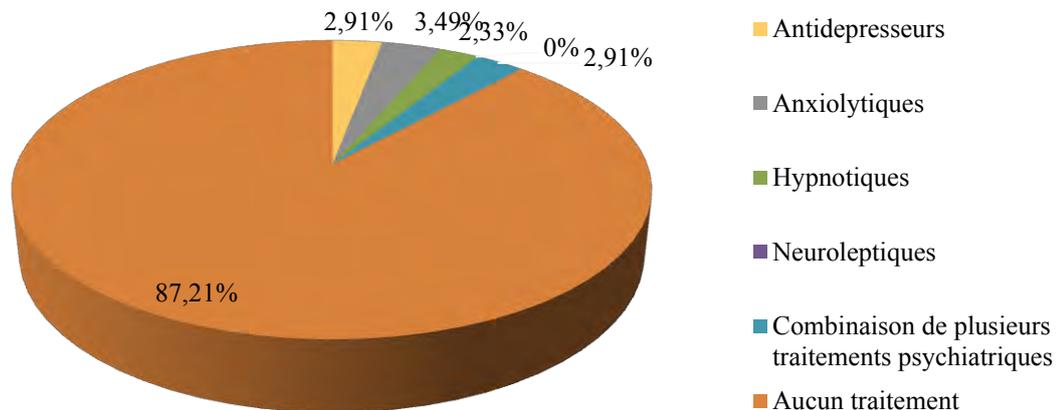
➤ Le suivi psychiatrique

A la question « Avez-vous eu un suivi psychiatrique ou psychologique au cours de votre externat ? », seuls 11 internes ont répondu oui (soit 6,4%, 4 données manquantes). La grande majorité des internes qui ont répondu à cette question (161 sur 172, 4 données manquantes) n'en ont pas eu.

➤ Les traitements psychiatriques

On note 4 données manquantes pour cette question. 150 étudiants, soit 87,21%, n'ont jamais pris de traitement pour des pathologies psychiatriques. Les différents types de traitements déclarés par les 22 étudiants qui en ont déjà pris (12,79%) sont détaillés sur le schéma suivant :

Les différents types de traitements psychiatriques pris par les externes



Données manquantes : 4

- Les idées noires

Seuls 9 étudiants disent avoir déjà eus des idées noires ou fait une tentative de suicide (5,23%).

Données manquantes : 4

- Les troubles du sommeil

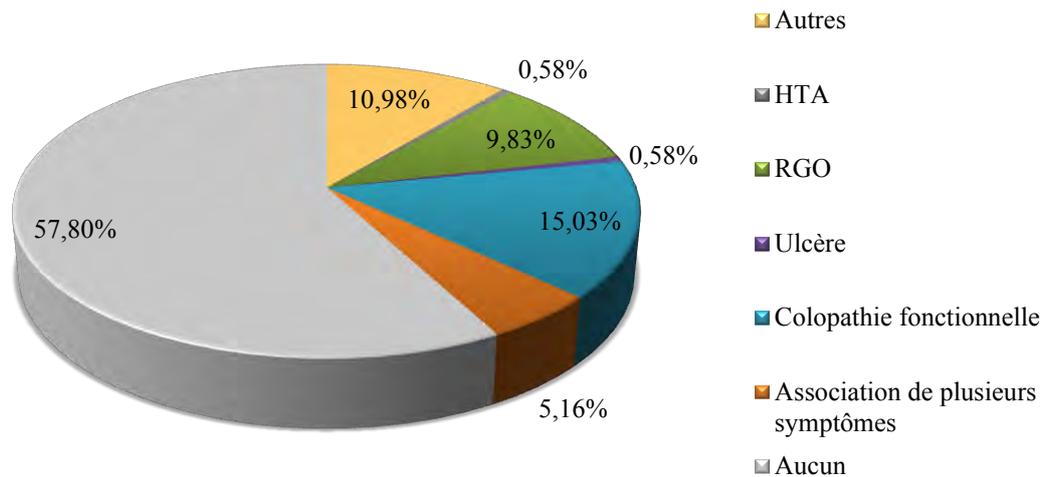
Une part non négligeable des étudiants interrogés déclare avoir des troubles du sommeil (69, soit 39,88%). Données manquantes : 3

Parmi ces 39,88%, près de 75% estime que ces troubles du sommeil sont dus à leurs études. Données manquantes :

- Les manifestations somatiques liées au stress

Leur répartition est schématisée ci-dessous ; les manifestations « autres » citées par les étudiants sont l'attaque de panique, l'eczéma ou encore le psoriasis.

Affections liées au stress



Données manquantes : 3

d) Le mode de vie

- Le temps consacré aux proches

Sur les 149 étudiants (données manquantes = 27) ayant répondu à la question « pensez-vous consacrer assez de temps à vos proches ? », 107 pensent que oui, ce qui représente 71,81% de l'effectif.

Le tableau ci-dessous représente la répartition en nombres d'heures par semaine :

Nombres d'heures/semaine	Effectifs	Pourcentage
< 1 heure	6	4,84%
1 < < 5 heure(s)	23	18,55%
5 < < 10 heures	32	25,81%
> 10 heures	63	50,81%

Données manquantes : 32

Nous remarquons qu'une grande majorité des étudiants pensent consacrer assez de temps à leurs proches, et que la moitié d'entre eux réussissent à les voir plus de 10 heures/semaine.

➤ Le temps consacré aux sports et loisirs

Sur les 170 étudiants (données manquantes = 6) ayant répondu à la question « pensez-vous pratiquer assez de sport ? », 149 pensent que oui, soit 87,65% de l'échantillon.

Comme pour la question précédente, le détail de la répartition en nombres d'heures par semaine est schématisé dans le tableau ci-dessous :

Nombres d'heures/semaine	Effectifs	Pourcentage
< 1 heure	34	21,79%
1 < < 5 heure(s)	94	60,26%
5 < < 10 heures	22	14,10%
> 10 heures	6	3,85%

Données manquantes : 20

Ici encore, la majorité des étudiants pensent consacrer assez de temps pour leurs sport(s) et loisir(s) ; la plus grosse partie d'entre eux y consacre entre 1 et 5 heure(s)/semaine, mais presque un quart y consacre moins d'une heure.

e) Les études de médecine

➤ Les motivations initiales

Le tableau qui suit expose les motivations initiales du choix des études de médecine et la répartition des étudiants en fonction de chaque item.

Pourquoi avez-vous choisi médecine ?	Effectifs « oui »	Pourcentage « oui »	Effectifs « non »	Pourcentage « non »	Total de la ligne	Données manquantes
Pour le côté humain	153	89,47%	18	10,53%	100%	5
Pour la qualité de vie	78	45,61%	93	54,39%	100%	5
Pour des raisons personnelles	31	18,13%	140	81,87%	100%	5
Pour le côté scientifique	59	34,50%	112	65,50%	100%	5
Pour le côté technique	30	17,54%	141	82,46%	100%	5

Pour des raisons autres	10	5,81%	162	94,19%	100%	4
-------------------------	----	-------	-----	--------	------	---

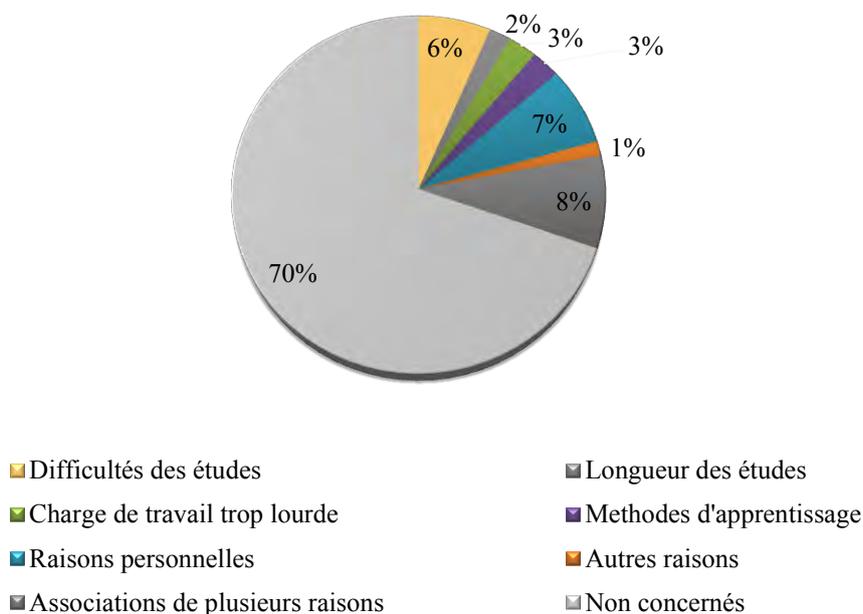
On remarque que les deux principales raisons au choix des études médicales sont « le côté humain » et « la qualité de vie » ; les raisons évoquées dans « autres » par les étudiants sont les conseils des proches, la curiosité sur l'humain, les conditions d'exercice, le côté intellectuel, ou encore la « vocation » de devenir médecin.

➤ Le doute sur les études de médecine

A la question « avez-vous déjà pensé à arrêter médecine ? », 48 étudiants sur les 157 ayant répondu à la question ont dit oui, ce qui représente 30,57% de l'échantillon (presque un tiers de l'effectif).

Le schéma qui suit montre les raisons pour lesquelles les étudiants ont déjà pensé à stopper médecine pendant leur externat :

Pourquoi avez-vous déjà pensé à arrêter vos études de médecine ?



Données manquantes : 21

➤ Le choix de la spécialité

Rang du choix

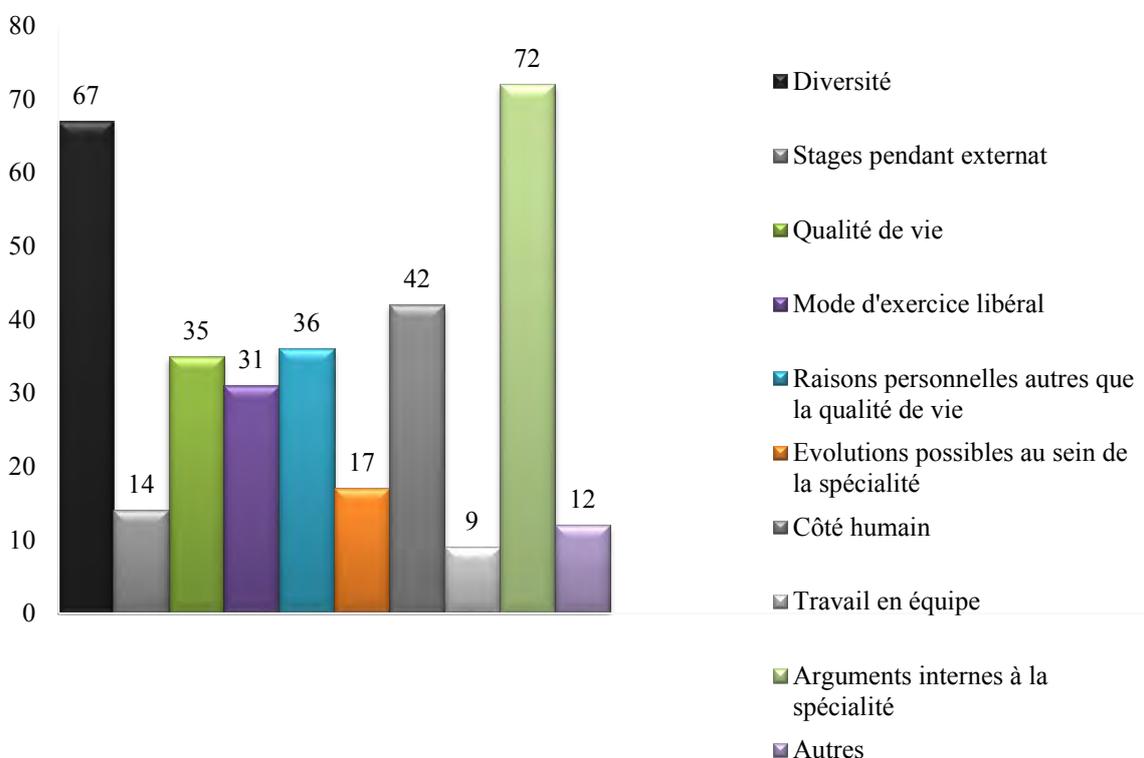
Il existe 8 données manquantes pour cet item ; la spécialité et la ville de l'internat est le choix :

- Numéro 1 pour 139 étudiants (soit 82,74%)
- Numéro 2 pour 19 étudiants (11,31%)
- Numéro 3 pour 3 étudiants (1,19%)

8 étudiants, soit 4,76%, ont fait un choix qui ne rentrait pas dans leurs 3 premiers souhaits (soit pour la spécialité, soit pour la ville). La grande majorité des étudiants semblent donc avoir obtenus ce qu'ils désiraient à l'ECN.

Les motivations du choix de la spécialité à l'internat

Cet item était à choix multiples ; le total est donc supérieur à 161 (il existe 15 données manquantes). Les raisons évoquées sont représentées sur le schéma suivant :



Quelques précisions sur la légende :

- *La diversité* concerne les activités au sein de la spécialité, mais également la diversité des patients vus en consultation (âge, pathologies ...)
- *Les raisons personnelles* retrouvées englobent de nombreux items : vouloir avoir des horaires souples, pouvoir exercer en milieu rural, possibilité d'avoir un bon équilibre vie privée/vie professionnelle, durée courte de l'internat, absence de clinicat à passer, absence de travail administratif, ou encore présence d'un « schéma familial », avec un des parents exerçant cette spécialité ;
- *L'évolution possible au sein de la spécialité* concerne principalement les futurs internes de médecine générale qui pourront, par exemple, passer un DESC d'urgence au sein de leur spécialité ;
- *Le côté humain* correspond principalement à la relation privilégiée que pense pouvoir entretenir le futur interne dans cette spécialité avec le patient et sa famille ;
- *Les arguments internes à la spécialité* sont, par exemple, aimer le contact avec les enfants pour les futurs pédiatres, aimer particulièrement le côté technique pour les futurs anesthésistes/réanimateurs ou chirurgiens....
- *Les raisons autres retrouvées* sont toutes relatives à la spécialité : le fait de pouvoir faire de la recherche, que la spécialité choisie soit centrée sur la prévention et l'éducation, que ce soit une spécialité d'avenir, ou alors par défaut.
- *Les arguments internes à la spécialité* arrivent naturellement à la première place ; la diversité de pratique est l'argument qui arrive juste derrière.

La ville de l'internat

Pour 125 internes, soit 74,40% de l'échantillon, la ville de Toulouse a été un élément déterminant dans le choix final. Pour presque un quart des futurs internes, la ville de formation au DES n'entre pas (ou peu) en considération dans le choix final. *Données manquantes : 8*

Une très grande majorité des étudiants (92,44%) s'est renseignée sur la manière dont est enseignée leur DES à Toulouse spécifiquement avant d'effectuer leur choix final ; seuls 13 futurs internes (7,56% de l'échantillon) ne se sont pas renseignés sur la manière dont est organisée leur maquette et leur cours sur Toulouse. *Données manquantes : 4*

Regrets sur le choix de la spécialité ou de la ville

Seul 1 futur interne souhaite repasser l'ECN pour changer de spécialité, ce qui signifie que 171 (soit 99,42%) sont satisfaits de leur choix concernant la spécialité en elle-même. Les

résultats sont les mêmes pour la ville (1 étudiant souhaite repasser l'ECN pour changer de ville). *Données manquantes : 4*

Ancienneté du choix en nombre d'années

Le tableau ci-après représente l'ancienneté du choix parmi la population étudiée :

Ancienneté du choix	Effectif(s)	Pourcentage
Moins de 1 an	21	12,65%
1 an	43	25,90%
Entre 1 et 2 an(s)	1	0,60%
2 ans	33	19,88%
3 ans	28	16,87%
4 ans	6	3,61%
5 ans	7	4,22%
6 ans	9	5,42%
7 ans	7	4,22%
8 ans	1	0,60%
10 ans	9	5,42%
15 ans	1	0,60%

Données manquantes : 10

➤ Après l'internat

59,88% des étudiants affirment savoir quelles conditions d'exercice ils veulent plus tard (ce qui correspond à 103 étudiants sur les 172 ayant répondu à cette question ; 4 données manquantes). 40,12% (soit 69 étudiants) ne le savent pas.

Le tableau ci-après résume les souhaits des étudiants concernant leur future carrière, notamment en termes de secteur (public/privé/libéral), de temps de travail hebdomadaire et de carrière universitaire :

Modes d'exercice	Effectifs « oui »	Pourcentage « oui »	Effectifs « non »	Pourcentage « non »	Effectifs « Ne sait pas »	Pourcentage « Ne sait pas »	Données manquantes
Secteur public	55	32,16%	70	40,94%	46	26,90%	5
Secteur privé	18	10,53%	107	62,57%	46	26,90%	5
En libéral	82	47,95%	43	25,15%	46	26,90%	5

Temps complet	133	77,33%	14	8,14%	25	14,53%	4
Carrière universitaire	20	11,63%	108	62,79%	44	25,58%	4

f) Echelle HAD

Les résultats obtenus pour l'anxiété et la dépression sont présentés dans le tableau ci-après :

Type de pathologie	Scores HAD	Effectifs	Pourcentage	Données manquantes
Anxiété	Faible	133	79,64%	9
	Douteux	27	16,17%	
	Certain	7	4,19%	
Dépression	Faible	165	98,80%	9
	Douteux	1	0,60%	
	Certain	1	0,60%	

Statistiques analytiques

Différents items ont été croisés aux scores d'anxiété et de dépression obtenus par l'échelle HAD. Les deux tableaux suivants présentent les différents résultats, tout d'abord pour la dépression puis pour l'anxiété.

			HAD dépression : score <8 (pas de dépression)	HAD dépression : score 8 << 10 (douteux)	HAD dépression : score > 10 (diagnostic certain)
Consommation ROH	Déclarée nulle	Effectif(s)	7	1	0
		% ligne	87,50%	12,50%	0%
		% colonne	4,29%	100%	0%
	Festive	Effectif(s)	125	0	1
		% ligne	99,21%	0%	0,79%
		% colonne	76,69%	0%	100%
	Occasionnelle	Effectif(s)	13	0	0
		% ligne	100%	0%	0%
		% colonne	7,98%	0%	0%
	Régulière	Effectif(s)	9	0	0
		% ligne	100%	0%	0%
		% colonne	5,52%	0%	0%
Combinée	Effectif(s)	9	0	0	
	% ligne	100%	0%	0%	
	% colonne	5,52%	0%	0%	
Consommation tabac	Oui	Effectif(s)	34	0	0
		% ligne	100%	0%	0%

	Non	% colonne	20,61%	0%	0%
		Effectif(s)	131	1	1
		% ligne	98,50%	0,8%	0,8%
Suivi psychiatrique	Oui	% colonne	79,39%	100%	100%
		Effectif(s)	10	0	1
		% ligne	90,91%	0%	9,09%
	Non	% colonne	6,10%	0%	100%
		Effectif(s)	154	1	0
		% ligne	99,35%	0,65%	0%
Troubles du sommeil	Oui	% colonne	93,90%	100%	0%
		Effectif(s)	66	1	1
		% ligne	97,06%	1,47%	1,47%
	Non	% colonne	40%	100%	100%
		Effectif(s)	99	0	0
		% ligne	100%	0%	0%
Sexe	Filles	% colonne	60%	0%	0%
		Effectif(s)	101	1	0
		% ligne	99,02%	0,98%	0%
	Garçons	% colonne	61,21%	100%	0%
		Effectif(s)	64	0	1
		% ligne	98,46%	0%	1,54%
		% colonne	38,79%	0%	100%

			HAD anxiété : score <8 (pas de dépression)	HAD anxiété : score 8 < < 10 (douteux)	HAD anxiété : score > 10 (diagnostic certain)
Consommation ROH	Déclarée nulle	Effectif(s)	6	2	0
		% ligne	75%	25%	0%
		% colonne	4,58%	7,41%	0%
	Festive	Effectif(s)	101	20	5
		% ligne	80,16%	15,87%	3,97%
		% colonne	77,10%	74,07%	71,43%
	Occasionnelle	Effectif(s)	10	2	1
		% ligne	76,92%	15,38%	7,69%
		% colonne	7,63%	7,41%	14,29%
	Régulière	Effectif(s)	5	3	1
		% ligne	55,56%	33,33%	11,11%
		% colonne	3,82%	11,11%	14,29%
Combinée	Effectif(s)	9	0	0	
	% ligne	100%	0%	0%	
	% colonne	6,87%	0%	0%	
Consommation tabac	Oui	Effectif(s)	25	7	2
		% ligne	73,53%	20,59%	5,88%
		% colonne	18,80%	25,93%	28,57%
	Non	Effectif(s)	108	20	5
		% ligne	81,20%	15,04%	3,76%
		% colonne	81,20%	74,07%	71,43%
Suivi	Oui	Effectif(s)	6	3	2

psychiatrique		% ligne	54,55%	27,27%	18,18%
		% colonne	4,55%	11,11%	28,57%
	Non	Effectif(s)	126	24	5
		% ligne	81,29%	15,48%	3,23%
		% colonne	95,45%	88,89%	71,43%
Troubles du sommeil	Oui	Effectif(s)	48	15	5
		% ligne	70,59%	22,06%	7,35%
		% colonne	36,09%	55,56%	71,43%
	Non	Effectif(s)	85	12	2
		% ligne	85,86%	12,12%	2,02%
		% colonne	63,91%	44,44%	28,57%
Sexe	Filles	Effectif(s)	77	20	5
		% ligne	75,49%	19,61%	4,90%
		% colonne	57,89%	74,07%	71,43%
	Garçons	Effectif(s)	56	7	2
		% ligne	86,15%	10,77%	3,08%
		% colonne	42,11%	25,93%	28,57%

C. Discussion

1. Points forts de l'étude

Il existe plusieurs points forts dans cette étude :

- Le point le plus important à mes yeux est que cette étude est une étude prospective, qui permettra un suivi longitudinal de notre population. Elle nous permettra donc d'analyser les changements au cours des 4 années à venir (le même questionnaire sera utilisé plusieurs fois), et d'établir de véritables liens de causalité entre l'apparition de symptômes ou pathologies et certains facteurs de risque, qu'ils soient personnels ou professionnels.
- Cette étude permet le suivi de l'ensemble des futurs internes : de nombreuses études sont réalisées soit chez les internes de médecine générale, soit chez les internes d'une spécialité définie (les anesthésistes/réanimateurs, les oncologues ...) ; ici, toutes les spécialités sont représentées, ce qui permet d'avoir une vision plus globale et d'effectuer, par la suite, des comparaisons entre les différentes spécialités.
- La puissance de l'essai est assez forte, 176 internes ayant répondu au questionnaire.

2. Biais et limites de cette étude

Nous pouvons en premier lieu regretter que presque 50% de la population cible ne se soit pas présentée à la visite médicale en vue d'obtenir leur certificat d'aptitude à la fonction

d'interne (sur 341 inscrits sur les listes, seuls 176 sont venus). Nous espérons obtenir un score plus élevé, et donc plus représentatif de la population de futurs internes.

Le fait que presque 50% des internes ne viennent pas à la première visite, qui a pourtant un caractère presque obligatoire, nous fait poser la question de la possibilité d'effectuer un suivi sur 4 ans des étudiants en médecine, qui représentent une population difficile à suivre (tout comme leurs aînés les médecins, qui ne se présentent que très peu à leurs visites médicales « périodiques » à l'hôpital) : on peut s'attendre à un nombre assez élevé de perdus de vue à l'avenir, pour les raisons sus citées mais également pour des raisons « pratico-pratiques » : les internes en stages en périphérie ou ceux réalisant un inter-CHU ne se déplaceront certainement pas pour venir répondre à l'enquête.

Le fait que tous les internes soient représentés dans cette cohorte est un avantage, mais également un inconvénient, dans le sens où presque 50% de l'échantillon est représenté par des internes de médecine générale, ce qui biaise une partie des résultats. Les autres spécialités médicales sont bien représentées, mais les résultats statistiques ne peuvent s'appliquer qu'à l'ensemble des spécialités, et non à chacune en particulier, car les groupes sont trop petits et les résultats ne seraient pas significatifs.

Il existe un biais d'attrition dans notre étude : en effet, les données manquantes n'ont pas été prises en compte dans l'analyse statistique. Les personnes n'ayant pas répondues à certains items l'ont-elles fait car elles ne voulaient pas répondre, ou n'ont-elles pas vues la question, ou cette absence de réponse est-elle équivalente à une réponse négative ? Ou positive ? Le risque étant de surestimer ou sous-estimer les réponses, nous avons choisi de ne pas les inclure aux résultats statistiques, ce qui peut être critiquable.

On observe également un biais de sélection dans la cohorte, étant donné qu'elle est constituée d'internes qui vont effectuer leur internat à Toulouse, ce qui a comme conséquence une probable sous-estimation du taux de mal être psychique pour deux raisons :

- le taux de dépression est plus faible dans les villes du sud
- Toulouse est une ville très demandée à l'internat, il y a donc une large population d'internes qui sont satisfaits de la ville qu'ils ont obtenue au choix, alors que certaines villes sont choisies « par défaut » (par des internes qui font passer la spécialité avant la ville de formation du DES), et qui peut entraîner une frustration, voire des troubles de l'humeur.

Enfin, certaines limites peuvent être attribuées à notre outil de recueil, l'auto-questionnaire : on lui reproche souvent sa subjectivité (il n'est pas rare d'observer une variabilité des réponses données à la même question par différentes personnes, qui sont pourtant en situation identique), et les résultats obtenus sont basés sur du déclaratif, ne collant pas toujours à l'exacte vérité.

3. Comparaison à d'autres études et critiques

Nous allons reprendre les différents résultats statistiques obtenus et les comparer aux études citées en première partie de ce travail, ainsi qu'à d'autres études portant sur les étudiants (mais qui ne sont pas forcément en médecine).

Notre population est en bonne santé mentale : seuls 6,4% des étudiants ont reçus un suivi psychiatrique au cours de leur externat, et 12,79% un traitement psychiatrique. Une minorité (5,23%) a déjà eu des idées noires ou effectué une tentative de suicide. Presque 40% en revanche ont des troubles du sommeil, qui est de loin le symptôme le plus répandu qui pourrait traduire un certain mal être, surtout que près de 75% pensent que ces troubles du sommeil sont liés aux études. En ce qui concerne les résultats de l'échelle HAD, 98,80% des étudiants interrogés ne présentent aucun symptôme dépressifs ; les scores sont un peu plus élevés pour les troubles anxieux, puisque schématiquement 20% des futurs internes présentent un trouble anxieux probable ou certain selon les critères de cette échelle.

Au niveau des statistiques analytiques, les scores couplés à ceux obtenus pour la dépression par l'échelle HAD sont difficiles à analyser car il existe trop peu d'étudiants présentant des symptômes dépressifs. En revanche, pour les scores de l'anxiété, on observe que les personnes présentant ces troubles sont principalement les filles (71,43% des étudiants avec un diagnostic « douteux » et 74,07% des étudiants avec un diagnostic « certain » sont des filles). On remarque également que les anxieux présentent plus de troubles du sommeil que les non anxieux (71,43% des étudiants avec un diagnostic « douteux » et 55,56% des étudiants avec un diagnostic « certain » présentent ce genre de troubles), mais il n'est pas possible de savoir si ce sont effectivement les troubles anxieux qui provoquent de l'anxiété, ou inversement.

Les résultats retrouvés dans d'autres études menées chez les étudiants en médecine sont plus mauvais en terme de santé mentale : l'étude de Robert et Garceran retrouvait 65,1% des étudiants en mal être psychique (9), celle de Gravrand 29% en souffrance psychique

globale (10) et celle de Kerrien notait 13% de troubles de l'humeur et 28,7% de troubles anxieux chez les étudiants en médecine.

Si on élargit à d'autres études réalisées chez les étudiants en général, les résultats ne sont pas franchement homogènes :

- selon une étude effectuée par la LMDE en 2005-2006 (79), 86% des étudiantes et 68% des étudiants déclarent s'être sentis déprimés au cours de l'année écoulée ; 15% ont eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée, et 5% ont déjà fait une tentative de suicide ; 55% se sentent anxieux et 15,6% consomment des anxiolytiques. On remarque que les résultats sont bien plus élevés, ce qui paraît logique puisqu'il existe une différence entre « se sentir déprimé » ou « se sentir anxieux » et répondre aux critères des diagnostics de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux.
- une autre étude effectuée en 2009 par E. Boujut et al. (80) montre que 27% des étudiants interrogés ont une dépression légère (selon le BDI), 15% une dépression modérée et 3% une dépression sévère. 4,3% ont des « tendances suicidaires » et 5,6% ont reçu un suivi psychiatrique au cours de leurs études.
- une étude de Lafay et al. montre que 5,9% des étudiants ayant répondu à l'enquête présentent un épisode dépressif majeur (selon les critères du DSM IV) et 30,8% des symptômes dépressifs (81).
- une autre étude de 2000 menée sur 630 étudiants note que 16% ont déjà eu des idées noires et 10% ont déjà faits une tentative de suicide (82).

Concernant les différentes addictions, ici encore les scores retrouvés dans notre étude sont assez bas : on observe 19,65% de fumeurs, 74,27% ont une consommation d'alcool limitée aux moments festifs et une part minime des futurs internes déclare consommer des substances psycho actives (2,92% de l'effectif, et uniquement du cannabis).

En comparaison, l'enquête menée par Robert et Garceran (9) retrouvait une consommation de substances psycho actives plus élevée (4,5% des étudiants en médecine interrogés). Dans cette même étude, 12% des étudiants estimaient avoir une consommation excessive d'alcool.

Selon l'enquête réalisée par la LMDE chez les étudiants (79), trois étudiants sur quatre déclarent consommer de l'alcool occasionnellement (contre 8,77% dans notre échantillon), et 17% déclarent consommer du cannabis de manière occasionnelle ou régulière.

Quant à l'enquête de Boujut et al. menée chez les étudiants bordelais (80), elle retrouve 24% de fumeurs réguliers et 8% de consommateurs de cannabis.

Le mode de vie des futurs internes semble bien équilibré : 71,81% estiment passer assez de temps avec leurs proches et 87,65% pensent consacrer assez de temps au sport. La seule étude comparative retrouvée est l'étude de Boujut et al. (80) qui montre que 46% des étudiants pratiquent un sport de manière importante, soit plus de 8h/semaine (contre 14,10% dans notre étude).

Enfin, en ce qui concerne les études de médecine et le choix effectué à l'ECN, il semble que les raisons ayant poussées les étudiants à se lancer dans les études de médecine soient le côté humain de la discipline et la qualité de vie (ce qui semble assez nouveau). Une part non négligeable des étudiants (30,57%) a déjà songé à arrêter médecine pendant l'externat, les raisons évoquées étant personnelles, ou encore la difficulté des études. Concernant le choix de la spécialité, les raisons évoquées par les futurs internes sont les arguments internes à leur spécialité (ce qui semble évident) et la diversité qu'elle peut leur offrir, ce point étant certainement biaisé par la surreprésentation de futurs internes de médecine générale dans notre échantillon. 82,74% des étudiants ont obtenus leur choix numéro 1, ce qui représente un pourcentage élevé, potentiellement biaisé par le fait que notre étude se passe à Toulouse (biais de sélection évoqué plus haut) ; preuve en est que la ville de formation au DES est importante pour plus de trois quart des étudiants en médecine interrogés. Un tiers des étudiants se sont décidés sur leur spécialité il y a moins d'un an. Enfin, 60% des étudiants ont une idée précise de la manière dont ils veulent pratiquer (47,95% en libéral, 77,33% à temps complet et 62,79% sans carrière universitaire).

En comparaison, les raisons qui ont motivées les étudiants à choisir médecine retrouvées par S. Tholin dans sa thèse sont également le côté humain, mais également le côté scientifique et des raisons personnelles (parent médecin ...) (11).

IV. Conclusion

L'état de santé des internes est assez largement évoqué dans de nombreuses études ; leur santé mentale, de plus en plus réduite au « burnout », est certainement la thématique la plus développée ces dernières années. Les études réalisées sont pour la plupart transversales ; le fait de lancer une étude longitudinale sur 4 ans chez les internes du CHU de Toulouse

permettra de répondre à de nombreux objectifs de santé publique (apparition de maladies ou de symptômes, prévalence des facteurs de risque...) et donc de conclure sur les causes réelles du mal-être des internes au cours de leur formation.

Ces premiers résultats, qui correspondent à la phase d'inclusion de notre étude, sont plutôt positifs, dans le sens où peu d'étudiants semblent être en situation de « mal être psychique » avant de commencer l'internat. Cependant, ces chiffres sont à analyser avec précaution, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'effectif n'était pas au complet (presque 50% d'absents à la visite de médecine du travail). De plus, les réponses obtenues au cours de cette enquête sont basées sur du déclaratif, après le passage d'un auto-questionnaire. Les chiffres présentés semblent en grande majorité meilleurs que ceux obtenus par les autres études effectuées ultérieurement, ce qui pose la question de la fiabilité des réponses.

Ces résultats seront comparés à ceux obtenus à 2 ans puis à 4 ans, afin de nous rendre compte de l'évolution de ces données. Quelques soient les résultats obtenus, certaines mesures de prévention pourront être réfléchies pour améliorer les conditions de travail pendant l'internat de médecine qui correspond à une période charnière dans la formation des futurs praticiens.



V. Bibliographie

- (1) Grande enquête de l'ISNI : Internes en médecine & Gardes, Astreintes et temps de travail. Septembre 2012
- (2) Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. 1998 avr;73(4):403R7
- (3) Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984.

- (4) Hobfoll SE. Conservation of resources : A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist* 1989 ; 44 : 513-524
- (5) Hobfoll SE. The influence of culture, community and the nest-self process : Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology : An international review*. 2001. 50 : 337-421
- (6) Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50:571-579
- (7) Salam Haidar : Les stratégies d'ajustement face au stress des internes de médecine générale. *Human health and pathology*. 2014. <dumas-01114000>
- (8) Le Quintrec T, et al. : Suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études spécialisées (DES) de médecine. 2013. Elsevier Masson
- (9) Robert J. et Garceran N. : Evaluation des facteurs de décompensation des internes en région centre : des pistes pour améliorer la formation. *Exercer* 2010 ; 90:10-4
- (10) Gravrand E. : Souffrance psychique des étudiants en médecine [Thèse d'exercice]. Brest: Université de Bretagne occidentale; 2004
- (11) Sophie Tholin : Les étudiants en médecine, entre accomplissement et épuisement. Présentée à l'Université Claude Bernard – Lyon 1 et soutenue publiquement le 16 décembre 2008 pour obtenir le grade de Docteur en médecine.
- (12) Kerrien M, et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *Presse Med*. (2015)
- (13) Truchot D : Le burnout des étudiants en médecine, rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. Dijon, Université de Franche-Comté, 2006
- (14) Guinaud M. : Evaluation du burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Th : Med : Université de Paris XII : 2006.
- (15) Thevenet M. : Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'île-de-France et le Languedoc-Roussillon. 2011
- (16) Cauchard L. : De l'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon Th : Med : Montpellier : 2009.
- (17) Antoine Le Tourneur, Valériane Komly. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine. *Human health and pathology*. 2011. <dumas-00650693>)
- (18) Prins Jelle T. : burnout in medical residents : a review. *Medical Education* 2007; 41: 788–800. Blackwell Publishing Ltd 2007

- (19) Roumiguié M. et al. : les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel ? Evaluation par le Maslach Burnout inventory (MBI). Progrès en urologie (2011) 21, 636—641
- (20) Blanchard P. and al. : Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents : a comprehensive nationwide cross-sectional study. European journal of cancer 46 (2010) 2708-2715. 2010 Elsevier Ltd
- (21) Rua C, et al. Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel parmi les internes de gynécologie-obstétrique et facteurs associés. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.12.001>
- (22) C. Veil : Primum non nocere. Les états d'épuisement. Le concours médical 1959
- (23) Maïlys Rondier : A. Bandura : Auto efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris, édition De Boeck Université 2203
- (24) Maslach et Leiter : Burn out : syndrome d'épuisement professionnel. Paris. Arènes éditions ; 2001
- (25) Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Odile Jacob, Paris. 2002
- (26) W. Schaufeli et D. Enzmann : the burnout companion to study and practice, a critical analysis. Taylor and Francis, 1998
- (27) J. Collange et al. : Regards croisés sur le burn out : aspects médicaux et psychologiques. Archives des maladies professionnelles et de l'Environnement 74 (2013) 35-43
- (28) R. Wiertz : Psychiatres et burnout ? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais. 2012 dans le cadre du DES de médecine générale
- (29) R. Floru et J.C. Cnockaert : Stress professionnel et burnout. Les Cahiers de l'Actif - N°264/265
- (30) Corten Ph. et al : Impact psychopathologique du burnout : sévérité, traitements, pronostic, lien avec les troubles de l'humeur, caractéristiques de résilience individuelle et profil socio-professionnel. Université libre de Bruxelles, Belgique. 2006
- (31) Kirsil A. et al. : The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. Journal of affective disorders. September 2005. Volume 88, Issue 1, Pages 55–62
- (32) Terrasse S : lien entre le burnout et les signes dépressifs. Université libre de Bruxelles, Belgique. 2009

- (33) R. Bianchi et al : Burnout-depression overlap : A review. 0272-7358 / 2015
Published by Elsevier Ltd
- (34) P. Canouï, A. Mauranges : Le burnout à l'hôpital. Le Syndrome d'épuisement professionnel. Masson 4ème édition, 2008
- (35) A. Iacovides A, et al. : The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 75: 209-221.
- (36) Le syndrome d'épuisement, une maladie professionnelle : étude pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles ; réalisée sous la direction de JC Delgènes, cabinet Technologia, mai 2014
- (37) P. Zawieja : Que sais-je ? Le burnout édition puf, avril 2015
- (38) S. Lindeman and al. : A systematic review on gender specific suicide mortality in medical doctors. *British Journal of Psychiatry*. 1996; 168:274278
- (39) C. Maslach, W. Schaufeli & M.P. Leiter : Job burnout. *Annual review of psychology* vol 52 : 397-422. février 2001
- (40) JPT Costa, RR McCrae : Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*. 1992; 13: 653-665.
- (41) Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B., 2001, «Work and Well-being: towards a positive approach in Occupational Health Psychology», *Gedrag&Organisatie*, 14, 229-253
- (42) C. Maslach&S.E. Jackson : Maslach Burnout Inventory (Human Service Survey), Palo Alto, consulting psychologist press, 1981
- (43) Maslach C. Jackson S.E., Leiter M.P : Maslach Burnout Inventory Manual, third edition (1996)
- (44) Truchot D. L'épuisement professionnel : concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod ; 2004.
- (45) Schaufeli W.B. & Van Dierendonck D. : A cautionary note about the cross national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory, *Psychological reports* n°76, 1995, p. 1083-1090
- (46) D. Truchot, X. Borteyrou, F. Lheureux et N. Rasclé : French validation of the MBI-HSS (soumis)
- (47) Galam E. : l'erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur. Paris, Springer coll « progrès en sécurité des soins », 2012
- (48) Canouï P, Mauranges A. Le burnout à l'hôpital. Le Syndrome d'épuisement professionnel. Masson 4ème édition, 2008

- (49) Leiter MP : Burnout as a developmental process: consideration of models. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington: Taylor and Francis ; 1993. p. 237—50)
- (50) Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev* 2001; 18 : 621_56
- (51) Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout a l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale* 2007; 33: 947-53.
- (52) Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, et al. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress and Coping* 2000;13:247—68.
- (53) Pezet-Langevin V. : Le stress au travail : des déclarations à l'observation des comportements (le syndrome du burn out chez les travailleurs sociaux) 1997)
- (54) Brenninkmeijer V. et Van Yperen N. : How to conduct research on burnout : advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research, *occupational and environmental medicine*, volume 60, suppl. 1 2003, i 16-20
- (55) Pines A. et Aronson E. : Career burnout : causes and cures. NY, free press, 1988 (2ème édition)
- (56) Lourel M., Gueguen N. et Mouda F. : L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10)
- (57) Schaufeli W.B., Van Dierendonck D., 1993. The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior* 14, 631–647)
- (58) Maslach-Pines A., Keinan G., 2005. Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences* 39 (3), 625–635
- (59) Holmqvist R., Jeanneau, M., 2006. Burnout and psychiatric staff's feeling towards patients. *Psychiatry Research* 145, 207–213
- (60) Shirom A. et Melamed S. : A Comparison of the Construct Validity of Two Burnout Measures in Two Groups of Professionals. *International Journal of Stress Management* 2006, Vol. 13, No. 2, 176–200)
- (61) Sassi N. et Neveu JP : Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel : le Shirom-Melamed Burnout Measure. *Canadian Journal of Behavioural Science*) 2010, Vol. 42, No. 3, 177–184)

- (62) Kristensen T.S. , Borritz M., Villadsen E.&Christensen K. : The Copenhagen Burnout Inventory : A new tool for the assessment of burnout. *Work&Stress*, july-september 2005 ; 19 (3) : 192-207
- (63) Doppia MA. et al. : Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) *Ann Fr Anesth Rean.* 2011 ; 30 (11) : 782-94
- (64) Juliana Alvares Duarte Bonini Campos; Mary Sandra Carlotto; João Marôco : Copenhagen Burnout Inventory – student version: adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil *Psicol. Reflex. Crit.* vol.26 no.1 Porto Alegre 2013
- (65) Langevin V. et al. : Copenhagen Burnout inventory (inventaire du burnout de Copenhague) juin 2014 – références en santé au travail – n°138 (INRS)
- (66) Peter C. Winwood and Anthony H. Winefield : Comparing two measures of burnout among dentists in Australia. *School of Psychology University of South Australia* Ted C. T. Fonga, Rainbow
- (67) Hoa T.H. & Nga S.M. : Psychometric Properties of the Copenhagen Burnout Inventory—Chinese Version ; *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* pages 255-266 ; Volume 148, Issue 3, 2014)
- (68) Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli : The job Demands-Ressources model of burnout, *Journal of Applied psychology*, 2001, vol 86 No 3, 499-512)
- (69) Nicolas Chevrier : Adaptation québécoise de l'Oldenberg Burnout Inventory université de Québec à Montréal (thèse de doctorat en psychologie), août 2009
- (70) Demerouti et al. : The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol 19(1), 2003, 12-23.
- (71) Halbensen&Demerouti : The construct validity of an alternative measure of burnout : investigating the english translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress* 2005, 19(3), 208-220)
- (72) H. Figueiredo-Ferraz, P.R. Gil-Montea, E. Grau-Alberola : Psychometric properties of the “Spanish Burnout Inventory” (SBI): Adaptation and validation in a Portuguese-speaking sample, *Revue européenne de psychologie appliquée* 63 (2013) 33–40.
- (73) Recherche sur le Burnout en Belgique : synthèse. *Projet HUT/P/VC/PSY6/F2* . 2012-2013

- (74) Schaufeli W.B , Shimazu A. et Taris T.W. : Being driven to work exceptionally hard : the evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan. Cross-Cultural research n°43 (2009)
- (75) Awa W.L., Plaumann M., Walter U. : Burnout prevention : a review of intervention programs. Patient education and counseling, vol 78, n°2 (2010). P 184-190
- (76) V. Guéritault-Chalvin : Job-Person Interaction in the Development of Occupational Burnout Testing the Reliability and the Validity of the Job-Person Interaction scale 2002. Thèse de Doctorat (Ph.D.) Georgia State University (USA).
- (77) V. Guéritault-Chalvin et C. Cooper : Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte rendu de la littérature. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 2004, 14, 2, 59-70
- (78) Korczak D., Wastian M., Schneider M. : Therapy of the burnout syndrom » GMS health technology assessment n°8 (2012), Doc5
- (79) LMDE, ESPE, IFOP. La santé des étudiants 2005-2006, enquête nationale et études régionales. 2005
- (80) Boujut E. Et al. : La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. Annales médico-psychologiques 167 (2009) 662-668.
- (81) Lafay N. Et al : Les états dépressifs de la post adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers.
- (82) HCSP. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Haut Comité de Santé Publique. 2000

VI. ANNEXE 1 : Les tests diagnostics

Le MBI

Item	Fréquence
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 nouvelle 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 ragaillardé(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

Le BMS

En pensant à votre travail, globalement...

	Jamais	Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

	Never 1 0% of times	Rarely 2 25% of times	Sometimes 3 50% of times	Frequently 4 75% of times	Always 5 100% of times
	Never 1	2	3	4	Always 5
Personal Burnout <i>Burnout</i> pessoal 1. How often do you feel tired? Com que frequência se sente cansado? 2. How often are you physically exhausted? Com que frequência se sente fisicamente exausto? 3. How often are you emotionally exhausted? Com que frequência se sente emocionalmente exausto? 4. How often do you think: "I can't take it anymore"? Com que frequência pensa "Não agüento mais"? 5. How often do you feel worn out? Com que frequência se sente esgotado? 6. How often do you feel weak and susceptible to illness? Com que frequência se sente fraco e susceptível de adoecer?					
Shedies related Burnout <i>Burnout</i> relacionado aos estudos 7. Do you feel worn out at the end of the working day? Sente-se esgotado no final de um dia de Faculdade? 8. Are you exhausted in the morning at the thought of another day at work? Sente-se exausto logo pela manhã quando pensa em mais um dia na Faculdade? 9. Do you feel that every working hour is tiring for you? Sente que cada hora de aula/estudo é cansativa para você? *10. Do you have enough energy for family and friends during leisure time? Tem tempo e energia para a família e amigos durante os tempos de lazer? 11. Is your studies emotionally exhausting? Os seus estudos são emocionalmente esgotantes? 12. Does your studies frustrate you? Sente-se frustrado com os seus estudos? 13. Do you feel burn out because of your studies? Sente-se exausto de forma prolongada com os seus estudos?					
Colleagues related Burnout <i>Burnout</i> relacionado aos colegas 14. Do you find it hard to work with colleagues? Você acha difícil trabalhar com seus colegas de estudo? 15. Does it drain your energy to work with colleagues? Sente que esgota sua energia quando trabalha com colegas? 16. Do you find it frustrating to work with colleagues? Acha frustrante trabalhar com colegas? 17. Do you feel that you give more than you get back when you work with colleagues? Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com colegas? 18. Are you tired of working with colleagues? Está cansado de aturar os colegas? 19. Do you sometimes wonder how long you will be able to continue working with colleagues? Alguma vez se questiona quanto tempo mais conseguirá trabalhar com os colegas?					
** Teachers related Burnout ** <i>Burnout</i> relacionado aos professores 20. Do you find it hard to work with teachers? Você acha difícil lidar com os professores? 21. Does it drain your energy to work with teachers? Sente que esgota sua energia quando tem que lidar com os professores? 22. Do you find it frustrating to work with teachers? Acha frustrante lidar com os professores? 23. Do you feel that you give more than you get back when you work with teachers? Sente que dá mais do que recebe quando lida com professores? 24. Are you tired of working with teachers? Está cansado de lidar com os professores? 25. Do you sometimes wonder how long you will be able to continue working with teachers? Alguma vez se questiona quanto tempo mais conseguirá lidar com os professores?					

Figure 1. Preliminary version in Portuguese of the Copenhagen Burnout Inventory Adapted for Students (CBI-S).
 Note. *Item with a punctuation in e reversed order; **Dimension added to the original inventory.

Nom du travailleur :

Date :

Outil de détection précoce du burnout

Le **burnout** est défini comme un état d'esprit négatif persistant **lié au travail**, chez des individus "normaux", caractérisé par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail.

Notons que si le travailleur présente des symptômes dépressifs importants voire des idées suicidaires, il est important de les traiter en priorité.

Symptômes

Voici la liste des symptômes pouvant se manifester chez des travailleurs en burnout. Si ces symptômes apparaissent au moins quelque fois par mois, le processus de burnout est déjà avancé et une prise en charge rapide du travailleur est nécessaire.

	Rarement	Quelques fois par mois	Au moins une fois par semaine	Chaque jour
Symptômes physiques				
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue profonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes cognitifs et affectifs				
↓ motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur dépressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dualité : quitter le travail ou rester ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ estime de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ sentiment de compétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ sentiment de contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ idéalisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes comportementaux				
Changement d'attitude envers autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à s'isoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absentéisme pour maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ performance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis combien de temps le travailleur a-t-il conscience de ces symptômes? an(s) mois

Il est important que le travailleur ait conscience de ses symptômes **depuis au moins quelque mois** avant de parler de burnout. Il s'agit d'un processus qui s'installe dans le temps et qui évolue. Il sera intéressant de comparer les symptômes manifestés lors des différentes rencontres avec le travailleur.

Nom du travailleur :

Date :

Ces symptômes ont-ils déjà été évoqués auparavant auprès d'un autre professionnel ?

Non

Oui, Le(s)quel(s) ?.....

Le présent outil de dépistage peut être utilisé par des professionnels de la santé comme le **médecin généraliste**, le **médecin du travail**, le **conseiller en prévention** pour les aspects psycho-sociaux ou encore les **psychologues**. Vous pouvez solliciter ces différentes personnes pour qu'elles remplissent également cet outil dans une optique de collaboration pour la prise en charge du travailleur.

Travail

Les plaintes sont-elles en lien avec le travail ?

<input type="checkbox"/> Non, pas de lien direct.	<input type="checkbox"/> Oui, lien évoqué spontanément par le travailleur ou supposé par vous-même
Dans ce cas, comme les symptômes du burnout peuvent être aspécifiques, il est utile d'envisager d'autres diagnostics différentiels.	Dans ce cas, vous pouvez explorer les facteurs liés au travail pour donner des pistes d'amélioration des conditions de travail vécues.

Quels sont les **facteurs liés au travail mis en lien avec les plaintes** ? (une ou plusieurs réponse(s))

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Charge de travail | <input type="checkbox"/> Conciliation vie privée/professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Difficulté ou complexité du travail | <input type="checkbox"/> Problème d'équipement/matériel |
| <input type="checkbox"/> Contacts avec le client/patient/... | <input type="checkbox"/> Changements organisationnels |
| <input type="checkbox"/> Environnement physique (bruit,...) | <input type="checkbox"/> Incertitude liée à l'emploi |
| <input type="checkbox"/> Pression temporelle | <input type="checkbox"/> Difficulté relationnelle au travail |
| <input type="checkbox"/> Charge physique | <input type="checkbox"/> Autre : |

Quelles sont les **ressources dont manque le travailleur** au travail ? (une ou plusieurs réponse(s))

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soutien de la hiérarchie | <input type="checkbox"/> Sécurité liée à l'emploi |
| <input type="checkbox"/> Soutien des collègues | <input type="checkbox"/> Variété dans les compétences, les tâches à effectuer |
| <input type="checkbox"/> Retour sur le travail effectué (feedback) | <input type="checkbox"/> Définition des tâches |
| <input type="checkbox"/> Reconnaissance | <input type="checkbox"/> Formation continue |
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Participation aux décisions | |
| <input type="checkbox"/> Possibilités d'épanouissement au travail | |

Un des facteurs de risque pour développer un burnout est **l'importance primordiale du travail dans la vie** de l'individu, en d'autres termes le sens donné au travail et les valeurs véhiculées par le travail. Si vous cochez au moins un des items suivants, il s'agit d'une piste de travail à développer en suivi individuel.

- Attentes élevées et non rencontrées par rapport aux performances et à la nature du travail
- Présentéisme : être physiquement présent au travail malgré un état de mal-être au travail
- Penser constamment au travail y compris en se levant le matin et/ou en allant dormir le soir
- Trop de choses sacrifiées pour le travail du point de vue des proches

Commentaire

VII. ANNEXE 2 : Le questionnaire distribué aux internes

Etude de la satisfaction au travail et de la santé au cours de l'internat

Ce questionnaire est destiné aux internes qui vont intégrer le premier semestre de la promotion 2014 de l'ECN ; le but de ce questionnaire est d'identifier les facteurs de risque d'épuisement professionnel et de malaise professionnel chez les internes au cours de leur internat. Chaque interne sera revu à 2 ans et à 4 ans après le début de son internat. Nous sommes à la fois dans le suivi des facteurs de risque et dans un travail de recherche.

Ce questionnaire est destiné à alimenter le dossier médical de médecine du travail ; il est soumis au secret médical y compris pour l'ensemble du corps médical.

Les résultats seront traités collectivement et anonymement. Merci par avance pour votre participation.

1/ Situation personnelle

- Sexe :

- Age :

- Statut marital :

- Vous vivez seul : oui non

- Mode de vie : colocation conjoint parents femme ou mari + ou – enfants

- Nombre d'enfant(s) :

- Ville d'externat :

- Spécialité choisie :

2/ Santé (ces questions visent à établir une situation de départ. Vos réponses resteront strictement confidentielles)

- Décrivez brièvement vos antécédents médicaux :

- A combien estimez-vous votre consommation de tabac (paquets année, consommation journalière, évolution dans le temps ...)

- Consommez-vous de l'alcool régulièrement ou seulement dans des moments festifs ? A combien estimez-vous votre consommation ?

- Consommez-vous d'autres substances psychoactives ? Si oui lesquelles ?

- Avez-vous eu un suivi psychiatrique ou psychologique au cours de votre externat ?

- Avez-vous pris, au cours de votre externat, des traitements anxiolytiques / antidépresseurs / hypnotiques ? Si oui lesquels ?

- Avez-vous déjà eu des idées noires ou tenté de mettre fin à vos jours ? oui non

- Avez-vous déjà eu des troubles du sommeil ? SI oui, pensez vous que cela est en lien avec vos études ?

- Avez-vous déjà exprimé des manifestations somatiques secondaires à un état de stress pendant votre externat ?

HTA RGO Ulcère Colopathie fonctionnelle Autres

3/ Mode de vie

- Pensez-vous consacrer assez de temps à vos proches ? oui non

Combien de temps leur consacrez-vous par semaine ?

- Pratiquez-vous du sport et/ou un loisir ? oui non

Si oui, combien d'heures par semaine ?

4/ Par rapport à vos études de médecine

- Pourquoi avez-vous fait médecine ?

Pour le côté humain (aider les autres, travail d'équipe ...)

Pour la qualité de vie (sécurité de l'emploi, salaire ...)

Pour des raisons personnelles (médecin dans votre famille, personne malade dans votre entourage ..)

Pour le côté scientifique (recherche ...)

Pour le côté technique

Autres :

- Avez-vous déjà pensé à arrêter médecine ? Si oui pourquoi ?

5/ Par rapport à votre spécialité

- La spécialité choisie à l'ECN est le choix numéro

- Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à choisir cette spécialité (indépendamment du rang de choix) ?

- La ville de l'internat a-t-elle été un élément déterminant ? oui non

- Je souhaite repasser l'ECN pour changer de spécialité oui non

- Je souhaite repasser l'ECN pour changer de ville oui non

- Vous êtes-vous renseigné avant votre choix sur la spécialité et son enseignement / apprentissage à Toulouse ? oui non

- Depuis quand savez-vous que vous voulez pratiquer cette spécialité ? année(s)

6/ Après l'internat

- Savez-vous quel mode d'exercice vous souhaitez ? oui non

- Vous voulez travailler en secteur public en secteur privé en libéral

- Vous voulez travailler à temps plein ? oui non

- Vous désirez vous diriger vers une carrière universitaire ? oui non

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21)

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

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

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

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

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

· Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370.

Traduction française : J.F. Lépine.

· « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

VIII. ANNEXE 3 : Antécédents des internes

Pathologies	Effectif(s)
Asthme	21
Allergie	15
Appendicite	7
Migraines	5
Fracture poignet	5
Dépression	4
Luxation épaule	3
Hernie inguinale	3
Eczéma	3
Dermite atopique	3
RGO	3
Pyélonéphrite	3
Hypothyroïdie	2
Affection de la thyroïde	2
Méningite	2
Embolie pulmonaire	2
Dorsalgie	2
Cystite	2
Troubles fonctionnels intestinaux	2
Adénoïdectomie	2
Maladie de Lyme	1
Hépatite A	1
Mononucléose infectieuse	1
Carcinome épidermoïde	1
Leucémie lymphoïde aigue	1
Puberté précoce	1
Anémie par carence partielle	1
Anémie (autres)	1
Mutation facteur 5 Leyden	1
Alopécie androgénique	1
Obésité	1
Trouble bipolaire	1
Thrombophlébite	1
Dyskinésie œsophagienne	1
Pancréatite	1
Insomnie	1
Cholestéatome	1
Acouphènes	1
HTA	1
Amygdalectomie	1
Atrésie œsophagienne	1
Fracture radius	1
Pneumothorax	1
Symphyse pleurale	1
Maladie de Bouveret	1
Torsion testiculaire	1
Hernie ombilicale	1
Hernie diaphragmatique	1

Pneumonie à pneumocoque	1
Chirurgie hypertrophie des cornets	1
Cervicalgies	1
Traumatisme crânien	1
Hépatite auto-immune	1
Urticaire	1
Fracture humérus	1
Polyarthrite rhumatoïde juvénile	1
Arthrite cheville	1
Ligamentoplastie	1
Tassement vertébral	1
Sciatalgies	1
Sinusite chronique	1
Amygdalite chronique	1
Chirurgie kyste ovaire	1
Syndrome des ovaires poly kystiques	1
Communication inter auriculaire opérée	1
Tympanoplastie	1
Spasmophilie	1
Hématurie microscopique	1
Fracture mâchoire	1
Fracture avant bras sans précision	1
Maladie des griffes du chat	1
Fracture tibio-fibulaire	1
Fracture pariétale	1
Fracture cheville	1
Rupture ligament croisé antérieur	1

The mental health of medicine residents : initiation of a prospective cohort study at Toulouse university hospital.

ABSTRACT :

Medical internship is a difficult time during medical studies. Many studies and thesis considered the « malaise » of medical residents, but most of these studies are cross-sectional, and they are more and more limited in apparition of burnout. In addition of a review on the burnout, the main purpose of this work is to initiate a prospective study at Toulouse University Medical Center on the students' promotion who have taken up their post in 2014, november and to compare the results achieved with those found in the literature. The results of our inclusion phase are rather positives, in the sense that medical students are in good health before they take up heir post. However, such data must be analysed with caution because of some bias (attrition and selection bias, and data collection technique by self-administered questionnaire mainly).

KEYWORDS : Medical interns, medicine, mental health, study, cohort, work conditions, burnout, diagnostic test

La santé mentale des internes en médecine : lancement d'une cohorte au CHU de Toulouse

RESUME EN FRANÇAIS :

L'internat est une période difficile au cours des études de médecine. De nombreuses études et thèses se sont penchées sur le « mal être » des internes en médecine, mais ce sont pour la plupart des études transversales, et qui se limitent de plus en plus à l'apparition du burnout. Outre une étude de la littérature sur le syndrome d'épuisement professionnel, l'objectif principal de ce travail est de lancer une étude prospective au CHU de Toulouse sur la promotion d'étudiants ayant pris leur fonction en novembre 2014 et de comparer les résultats obtenus à ceux retrouvés dans la littérature. Les résultats de notre phase d'inclusion sont plutôt positifs, dans le sens où les étudiants en médecine sont en bonne santé avant leur prise de fonction. Cependant, ces données doivent être analysées avec prudence en raison de certains biais (biais d'attrition et de sélection et méthode de recueil des données par auto-questionnaire principalement).

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Internes, médecine, santé mentale, étude, cohorte, conditions de travail, burnout, tests diagnostic

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Jean-Marc SOULAT