

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Alice REGNAULT née ROUSSEAU et Adrien RENZO

Nés respectivement le 29 Décembre 1982 à L'Haÿ-les-Roses et le 5 Avril 1979 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 24 Juin 2014

ETRE MAITRE DE STAGE UNIVERSITAIRE PROTEGE-T-IL DU BURNOUT ?

Président : Madame le Professeur Bénédicte GOHIER

Directeur : Monsieur le Professeur François GARNIER

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Alice REGNAULT née ROUSSEAU et Adrien RENZO

Nés respectivement le 29 Décembre 1982 à L'Haÿ-les-Roses et le 5 Avril 1979 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 24 Juin 2014

ETRE MAITRE DE STAGE UNIVERSITAIRE PROTEGE-T-IL DU BURNOUT ?

Président : Madame le Professeur Bénédicte GOHIER

Directeur : Monsieur le Professeur François GARNIER

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen

Pr. RICHARD

Vice doyen recherche

Pr. PROCACCIO

Vice doyen pédagogie

Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAPELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALEÙS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie

GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie

VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge
ZANDECKI Marc

Neurologie
Radiologie et imagerie médicale
Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUTON Céline	Médecine générale
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CONNAN Laurent	Médecine générale
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; Transfusion
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LERMITTE Emilie	Chirurgie Générale
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique

ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

octobre 2013

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Madame le Professeur Bénédicte GOHIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur François GARNIER

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François GARNIER

Madame le Docteur Marie KEMPF

Madame le Docteur Mariannick NEVEUR

REMERCIEMENTS COLLECTIFS

A Madame le Professeur Bénédicte GOHIER,

Merci de nous faire l'honneur de présider cette thèse. Merci de votre enthousiasme en réponse à notre invitation à ce jury.

A Monsieur le Professeur François GARNIER,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Merci de votre soutien et de vos précieux conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

A Madame le Docteur Marie KEMPF,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Merci de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

A Madame le Docteur Mariannick NEVEUR,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Merci de la bienveillance dont vous avez fait preuve à notre égard.

REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

Alice :

A mes parents et mes grands-parents,

Merci pour votre soutien et votre confiance tout au long de mes études.

A mes frères, ma belle-sœur,

Merci pour votre présence, pour les moments de rire et de complicité.

A mes beaux-parents, mes beaux-frères et belles-sœurs,

Merci pour votre soutien chaleureux.

A mes amis,

Merci pour votre présence dans les bons et mauvais moments, merci pour votre écoute.

A mes filles Philippine, Fabiola et Bérénice,

Merci pour vos sourires, votre enthousiasme.

A Gratien,

Merci pour ton amour, ton soutien, tes conseils et ta motivation pour m'aider dans l'aboutissement de ce projet et de ceux à venir.

Adrien :

A mes parents,

Merci de votre soutien tout au long de mes études. J'espère que vous êtes fiers de moi.

A mes amis,

Merci pour tous ces moments passés pendant ces années d'externat et après.

A mes anciens co-internes,

Merci pour les moments d'échange et de partage pendant mon parcours d'internat.

A Flo,

Merci pour ton amour et ton soutien sans faille. Merci de m'avoir offert notre Clara qui fait désormais rayonner notre vie.

Liste des abréviations

AAPML	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
AP	Accomplissement Personnel
BO	Burnout
BOS	Burn-Out Syndrome
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DMG	Département de Médecine Générale
DP	Dépersonnalisation
EE	Epuisement Emotionnel
FMC	Formation Médicale Continue
MBI	Maslach Burnout Inventory
MSU	Maîtres de Stages Universitaires
MG	Médecins Généralistes

Plan

Liste des abréviations

1- Introduction

2- Matériel et méthodes

 2-1 Schéma de l'étude

 2-2 Population cible

 2-3 Recueil des données

 2-4 Critères de jugement

 2-5 Analyse des données

 2-6 Ethique

3- Résultats

 3-1 Participation

 3-2 Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles

 3-3 Évaluation du niveau de Burnout des MSU de la Faculté d'Angers

 3-4 Résultats du MBI en sous-groupes

 3-5 Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé de BO

 3-6 Influence du stagiaire sur le niveau de BO des MSU

4- Discussion

5- Conclusion

6- Bibliographie

7- Tables des illustrations

9- Annexes

 9-1 Annexe 1 : questionnaire envoyé au MSU

 9-2 Annexe 2 : courriel explicatif associé au questionnaire

1- Introduction

Les médecins font partie des professions particulièrement exposées au Burnout. L'épuisement mental et physique les frappe souvent dans le silence car beaucoup refusent d'admettre qu'ils sont à bout. C'est pourtant le cas de nombreux généralistes, mais aussi de psychiatres, chirurgiens, anesthésistes, dentistes. En cause, une perte de sens et de valeurs dans leur pratique quotidienne, un manque de considération, une trop grande solitude et la disparition de l'enthousiasme.

Plus particulièrement, les médecins généralistes (MG) français sont une population à risque de Burnout. De nombreuses études depuis le début des années 2000 ont constaté une forte prévalence (plus de 40 %) du Burnout chez les MG (1-4).

Le terme de Burnout nous paraît plus approprié que celui d'épuisement professionnel car il donne une vision plus imagée et donc plus forte dans sa définition. Il évoque une combustion totale. La personne se sent alors « consumée » par le travail (5). FREUDENBERGER le décrit en 1974 pour la première fois (6) et le définit en 1980 comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail » (7).

Le terme est ensuite conceptualisé par MASLACH et JACKSON en 1981 (8) : le Burn-Out Syndrome (BOS) est un processus dynamique psycho-pathologique de la relation d'aide tridimensionnelle (1/épuisement professionnel (EP), 2/dépersonnalisation (DP), 3/perte de l'accomplissement personnel (AP)) entraînant des symptômes physiques et psychiques polymorphes et aspécifiques. Pour MASLACH, chercheur américaine en psychologie sociale, la déshumanisation de la relation avec autrui (DP) est le noyau dur du BOS et la cause de l'impossibilité d'exercer correctement son métier. En effet, elle pense que les relations interpersonnelles sont au cœur du Burnout. Quand elle a commencé ses recherches sur le sujet, ce phénomène semblait commun aux professionnels de santé et aux avocats, elle émit donc l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide était au cœur du phénomène (9).

A l'inverse de FREUDENBERGER qui insistait sur les facteurs personnels, MASLACH pense que les causes du Burnout se situent dans l'environnement de travail. Elle

démontre ainsi que les facteurs environnementaux (interpersonnels et organisationnels) sont prévalents sur les facteurs individuels comme étant à l'origine du processus du BOS même s'il existe des personnalités protectrices (hardiess) vis-à-vis des conditions pouvant mener au BOS. Par ailleurs, le BOS survient chez des sujets indemnes de tout trouble mental (10).

En médecine générale, les facteurs habituellement mis en cause sont surtout la charge de travail (facteurs organisationnels, administratifs compris) et les relations émotionnellement lourdes avec les malades et leurs familles (facteurs interpersonnels) (4).

Un sentiment de perte d'autonomie et une diminution de la valorisation de leur métier participent aussi à la genèse du Burnout chez les MG (11). En effet la médecine évolue, l'approche technique a tendance à l'emporter sur la clinique et l'égalité dans la relation médecin-malade est prônée rejetant le modèle paternaliste. Les patients deviennent « des usagers de droit » et leurs médecins « des prestataires de services ». Ces évolutions peuvent être responsables d'une blessure de l'idéal pour les professionnels (12). La blessure de l'idéal est la différence entre l'exercice idéal auquel le médecin aspire et sa pratique réelle.

Selon une étude belge (13), outre le fait que le BOS s'associe de manière significative à des conduites à risque pour les médecins (dépression, addiction, suicide) et influence négativement la qualité des soins prodigués, il a aussi un impact sur la démographie médicale. Il risque en effet d'augmenter la charge de travail des médecins généralistes encore en activité et pourrait accroître le risque de Burnout au sein de la profession par un cercle vicieux.

Le vieillissement de la population médicale et la difficulté de trouver un successeur, associés à un retard à l'installation, ainsi qu'à une féminisation de la profession sont aussi des facteurs démographiques qui modifient la charge de travail des médecins installés et pourraient entraîner une augmentation du nombre de Burnout dans les prochaines années. Comment une société peut-elle tolérer que ceux auxquels elle confie sa santé s'épuisent en se donnant aux autres ?

Pour aider à prévenir ce BOS, il existe des pistes intéressantes personnelles et collectives : le médecin doit notamment apprendre à prendre soin de lui (avoir un médecin traitant), se connaître, ou encore travailler en groupe, pour autant que le cadre de travail soit clair et qu'on ne se laisse pas déborder. Dans ce but de prévention, des consultations pour les médecins en difficulté ont aussi été créées (14). De plus, les outils d'apprentissage utilisés maintenant lors de la formation permettent d'être mieux « armés » face au BOS. En effet, la

formation actuelle des futurs MG va largement au-delà de l'acquisition et de l'application technique des connaissances biomédicales en y ajoutant d'autres dimensions telles que la communication, l'éthique, le travail collaboratif, la compréhension des modalités de gestion d'une structure ambulatoire, une réflexion sur les conditions d'exercice, une initiation aux obligations comptables et administratives. Cet apprentissage passe par les stages en structure ambulatoire, des groupes d'échange et d'analyse de pratiques inspirés des méthodes du « groupe de pairs » et le tutorat. La supervision et surtout le « modèle de rôle » sont alors les deux modalités pédagogiques spécifiques qui permettent l'apprentissage de ces dimensions. Un « modèle de rôle » est un médecin qui dans le contexte de son exercice professionnel influence l'apprentissage des étudiants avec qui il est en contact (15).

C'est dans ce contexte que nous nous sommes posé la question de la place du stagiaire. Ne peut-on pas penser qu'au même titre que faire partie d'un groupe Balint ou travailler en institution un jour par semaine, la présence d'un étudiant auprès d'un médecin maître de stage serait une piste dans la prévention de l'épuisement du MG ? L'impact de la maîtrise de stage sur le stress est perçu différemment selon différentes études : positivement (16) ou négativement(17). À la Faculté d'Angers, le stage chez le MG existe sous la forme actuelle depuis 1997 et a été mis en place au deuxième cycle depuis 3 ans. Etant nous-mêmes passés dans ces stages à deux reprises au cours de notre cursus, la question nous a paru pertinente.

Existe-t-il une différence de prévalence du Burnout entre les maîtres de stages en médecine générale et la population de MG ? Les maîtres de stages ont-ils ressenti une amélioration de leur niveau de Burnout depuis leur entrée dans la maîtrise de stage ?

L'objectif de notre étude est donc d'évaluer la prévalence du Burnout des MSU d'Angers pour voir s'il existe une différence avec la population générale des MG et de rechercher s'il existe une modification de leur niveau de Burnout depuis leur entrée dans la maîtrise de stage.

2- Matériel et méthodes

2-1 Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive. Le recueil des données a été débuté le 4 octobre 2013 puis trois relances ont été effectuées à environ 1 mois d'intervalle.

2-2 Population cible

L'enquête a été réalisée auprès des MG, maîtres de stage universitaire (MSU) de la faculté de médecine d'Angers.

Critères d'inclusion

L'ensemble des MG accueillant un étudiant en stage en deuxième et troisième cycle de la faculté de médecine d'Angers ont été inclus dans l'étude. Ils exerçaient dans les départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe.

Le recrutement a été effectué grâce aux listings des maîtres de stage du deuxième et troisième cycle de la Faculté d'Angers pour le semestre d'été 2013/2014 (début mai à fin octobre). 239 médecins ont donc été contactés : 41 MSU de 2^{ème} cycle et 198 MSU de 3^{ème} cycle.

Définition

Un MSU est le terme qui a été retenu par le ministère de l'enseignement supérieur et met en avant la fonction pédagogique et universitaire. On peut devenir MSU pour 3 types de stages :

- Le stage en 2^{ème} cycle (MSU de 2^{ème} cycle) : stage de trois mois destinés aux externes. Il leur permet d'appréhender les spécificités de la médecine générale. Il s'agit d'une occasion unique pour tous les étudiants de découvrir la médecine générale avant l'examen national classant où ils choisiront leur spécialité.
- Le stage dit « de niveau 1 » : accueil d'un interne de médecine générale (en 3^{ème} ou 4^{ème} semestre sur les 6 semestres que comprend l'internat de MG) à son cabinet pour un stage obligatoire de 6 mois à raison de 9 demi-journées par semaine, seul ou en

binôme avec un autre MSU. Le MSU doit être présent au cabinet en même temps que l'interne et organiser progressivement les différentes phases du stage.

- Le stage dit « de niveau 2 » ou SASPAS (stage ambulatoire en autonomie supervisée) pour l'instant facultatif : accueil de l'interne qui a déjà effectué le stage de niveau 1 avec d'autres MSU à raison de 9 demi-journées par semaine. L'interne consulte en l'absence du MSU. Un temps obligatoire de supervision des consultations de chaque patient vu seul par l'interne doit être programmé.

Pour devenir MSU, il faut prendre contact avec le département de médecine générale et s'inscrire à des formations d'initiation à la pédagogie. L'agrément à la maîtrise de stage est donné pour un an puis pour cinq ans, renouvelé par tacite reconduction. Il permet de figurer sur la liste des maîtres de stage mais n'ouvre pas droit automatiquement à accueillir un interne.

2-3 Recueil des données

Un questionnaire par mail a été envoyé à l'ensemble des MG accueillant un étudiant en stage en 2^{ème} et 3^{ème} cycle sur les départements du Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe grâce à la liste exhaustive des maîtres de stage du 2^{ème} et 3^{ème} cycle de la Faculté d'Angers. Le nombre de questionnaires envoyés a été de 239.

Le questionnaire comprenait 3 parties : la première partie a permis d'évaluer les caractéristiques sociodémographiques de la population cible et celle de leur activité professionnelle. La deuxième partie utilisait la version française du Maslach Burnout Inventory (MBI). Quant à la troisième partie, elle reprenait chacun des items du MBI et interrogeait le médecin maître de stage de manière rétrospective pour savoir s'il avait ressenti une amélioration, une aggravation ou aucun changement depuis qu'il avait un étudiant dans son cabinet.

Une lettre d'introduction explicative expliquant le but de l'étude accompagnait notre questionnaire envoyé par courrier électronique. La lettre et le questionnaire peuvent être retrouvés en annexe.

2-4 Critères de jugement

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le MBI.

MASLACH et JACKSON ont mené un programme de recherches psychométriques pour aboutir en 1981 à une définition du BOS associée à un instrument de mesure valide : le MBI(18). Le BOS est un syndrome tridimensionnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui :

- La première dimension : l'EE renvoie au manque d'énergie, au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. Le médecin est « vidé nerveusement » et n'est plus motivé par son travail qui devient une corvée.
- La deuxième dimension : la DP représente la dimension interpersonnelle du Burnout. Elle se manifeste par le développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques envers les patients. La DP peut prendre des formes plus dures et s'exprimer à travers des comportements de rejets, de stigmatisation, de maltraitance. Il s'agit d'une stratégie d'adaptation mal adaptée. L'atteinte de cette dimension prend une place considérable chez le médecin, pour lequel la relation à l'autre est le fondement de sa profession et représente les motivations mêmes de son engagement. Elle est à l'origine de la perte d'empathie avec les conséquences que cela implique dans la prise en charge des malades et d'une souffrance réelle qui peut aller parfois jusqu'à perdre les capacités d'exercer sa profession. Le terme de « déshumanisation de la relation à l'autre » est parfois utilisé.
- La troisième dimension : la réduction d'AP concerne à la fois la dévalorisation de son travail et de ses compétences. Des sentiments de culpabilité et de démotivation apparaissent. Le médecin supporte de moins en moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter son épuisement. Les conséquences sont des attitudes de fuite à l'origine d'un désinvestissement au travail (abandon du travail, manque de rigueur...) ou au contraire un surinvestissement dans l'activité professionnelle avec une impossibilité de quitter son lieu de travail. L'AP représente la dimension auto-évaluative du Burnout.

Le MBI est donc l'outil de référence dans l'étude du Burnout. Il est actuellement utilisé dans plus de 90 % des études. L'échelle MBI étudie donc le Burnout par le biais de 22

items : neuf items se rapportent à l'épuisement professionnel, cinq à la dépersonnalisation et huit à l'accomplissement personnel. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation. Pour chaque item, le médecin doit répondre par une des propositions suivantes : jamais, quelque fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, chaque jour : échelle de fréquence cotée de 0 à 6.

Le questionnaire aboutit à 3 scores, correspondant aux 3 dimensions. Pour interpréter les scores obtenus pour chaque dimension, MASLACH et JACKSON, ont établi des bornes. Les scores obtenus dans chaque dimension peuvent être « bas », « modéré » ou « élevé ». Les valeurs de références fixées pour la version française du MBI sont (19) dans le tableau I.

Tableau I : Limites des scores totaux des trois dimensions du MBI

Score	Elevé	Modéré	Bas
Epuisement émotionnel	≥ 30	18 - 29	≤ 17
Dépersonnalisation	≥ 12	6 - 11	≤ 5
Accomplissement personnel	≤ 33	34 - 39	≥ 40

Il n'existe pas de score global et chaque dimension a son propre score. La présence d'un score élevé d'une seule des dimensions suffit pour parler de Burnout.

Il est important d'insister sur la nécessité de considérer les résultats du MBI dans une perspective dynamique : un score élevé sur l'échelle EE ou sur l'échelle de DP ou un score bas AP suffit pour parler de degré de Burnout élevé car ce résultat témoigne déjà d'un processus en cours d'installation (20).

Critère de jugement secondaire

L'influence de la présence du stagiaire a été évaluée par l'éventuelle modification de chaque item du MBI pour chaque MSU après être devenu maître de stage. Les MSU sont alors leur propre témoin de l'impact de la maîtrise de stage sur leur niveau de Burnout.

2-5 Analyse des données

Une analyse descriptive des données sociodémographiques et professionnelles de la population a été effectuée : cette analyse a permis d'évaluer la représentativité de la population des MSU par rapport à la population générale des MG.

Les résultats du MBI ont été détaillés selon les trois dimensions du Burnout : score d'EE, de DP et d'AP. Des analyses en sous-groupes et une comparaison des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles entre les MSU avec un niveau bas et élevé de Burnout ont été effectuées pour chacune des dimensions du MBI.

Une analyse des items modifiés par la présence du stagiaire auprès du MSU a été réalisée.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de statistiques Statview 5.0 (SAS Institute Inc., Sales, USA). Les réponses aux questions ouvertes (variables nominales) ont été analysées par tableau de contingence et test du Chi-2. Les données numériques continues ont été comparées soit par le test de Student soit par le test U de Mann et Whitney. Pour l'ensemble des tests, une valeur de $p<0,005$ a été considérée comme statistiquement significative.

2-6 Ethique

Au cas où un médecin constate qu'il est concerné par le Burnout suite à l'enquête, l'existence de l'AAPML (association d'aide professionnelle aux médecins libéraux) et son numéro de téléphone ont été mentionnés à la fin du questionnaire. L'AAPML propose une assistance psychologique par téléphone anonyme et confidentielle et l'orientation si nécessaire, vers un psychologue ou toute autre structure ou réseau proposant une prise en charge adaptée.

3- Résultats

3-1 Participation

Deux-cent trente-neuf questionnaires ont été envoyés. Le nombre de réponse a été de 144. Huit MSU n'ont rempli que la première partie du questionnaire (données sociodémographiques et professionnelles) et 4 MSU n'ont pas répondu à la 3^{ème} partie du questionnaire. Cent trente-six réponses ont pu être utilisées dont 4 partiellement : le taux de réponses est donc de 56,9 %. Pour les MSU de 2^{ème} cycle, le taux de réponse est de 60,9 % (25 sur 41). Pour les MSU de 3^{ème} cycle, le taux de réponse est de 56 % (111 sur 198).

3-2 Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles

Sexe

Dans notre étude, 86 MSU répondants sont des hommes, soit 63,2 %. Les MSU femmes sont au nombre de 50, soit 36,8 %.

Age

L'âge moyen des MSU est de 51,48 ans. L'écart-type est de 8,57. L'âge moyen est de 53,6 ans pour les hommes et 47,7 ans pour les femmes. Le minimum est de 33 ans et le maximum est de 64 ans. La médiane est de 53 ans.

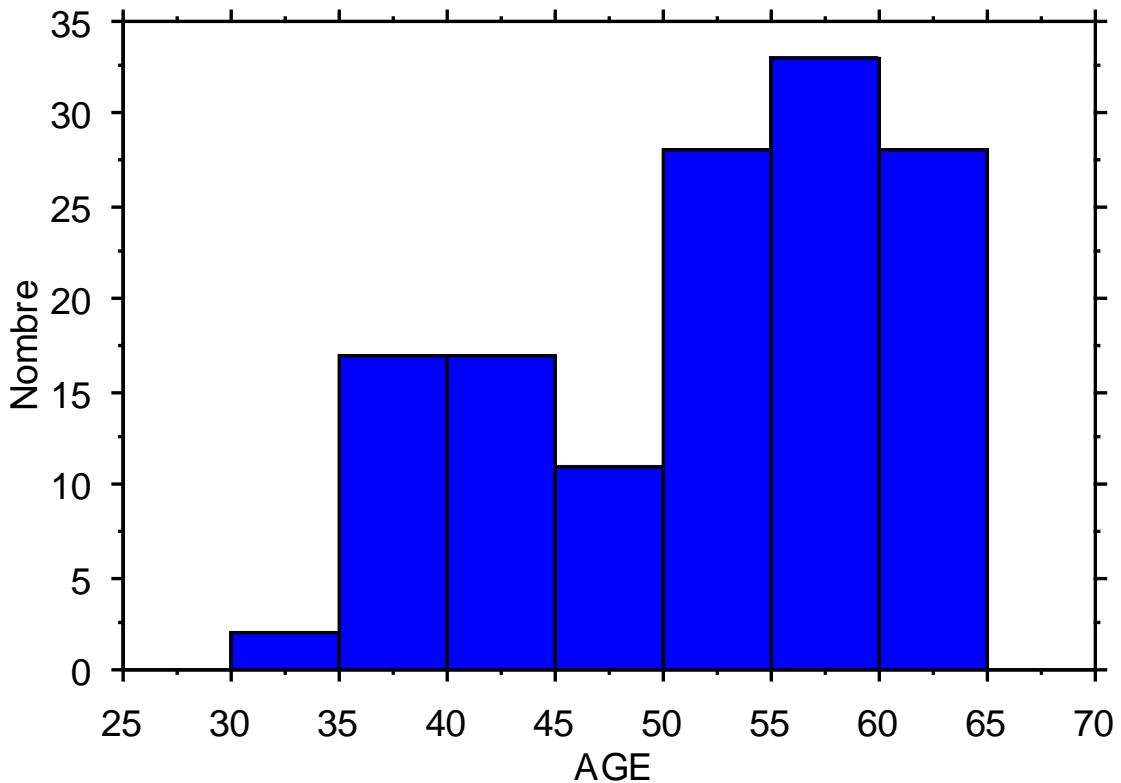


Figure 1 : Répartition nombre de MSU par classe d'âge

Situation familiale

90,5 % des MSU sont en couple. 62,5 % ont un ou des enfants à charge. Le pourcentage d'enfant à charge est de 53,8 % parmi les MSU n'étant pas en couple et de 64,4 % parmi les MSU en couple.

Nombre d'années d'exercice

Le nombre moyen d'années d'exercice est de 21,7 avec un écart-type de 9,7. La médiane est de 23,5 ans. Le minimum est de 3 ans et le maximum de 40 ans. Il existe une forte corrélation entre l'âge et les années d'exercice (coefficient de corrélation 0,958).

Nombre d'années de maîtrise de stage

Le nombre moyen d'années de maîtrise de stage est de 6,7 avec un écart-type de 5,3. La médiane est de 5 ans. Le minimum est de 1 an et le maximum de 25 ans.

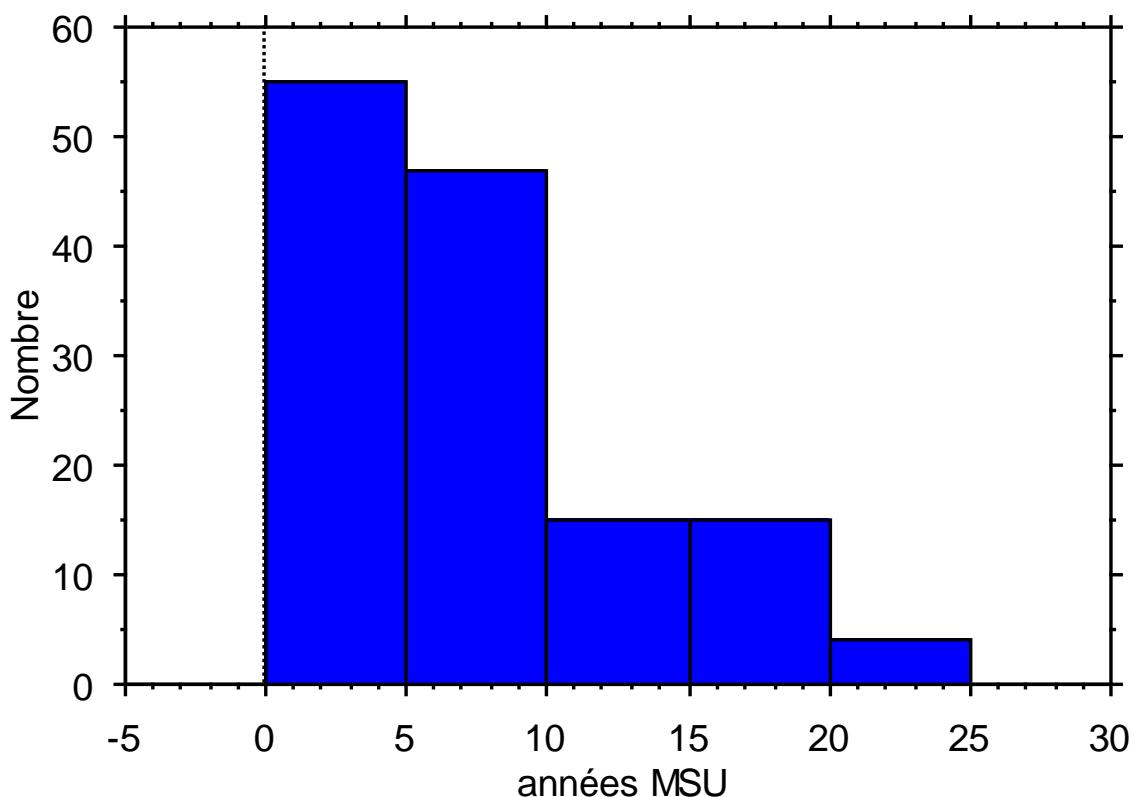


Figure 2 : Répartition du nombre de MSU en fonction nombre d'années de maîtrise de stage

Nombre d'actes réalisés par an

Le nombre moyen d'actes réalisés par an est de 5478 avec un écart-type de 1608. La médiane est de 5500 ans. Le minimum est de 1500 ans et le maximum de 10000.

Exercice des médecins répondants

78 % des MSU exercent en association (106 sur 136). Parmi ces 78 %, 97,8 % parlent de leurs patients avec leur(s) associé(e)s (103 sur 106).

46,3 % (63 sur 136) ont au moins une autre activité médicale salariée en dehors de leur cabinet : maison de retraite, PMI, hôpital, centre de planification, centre d'addictologie, institut médico-pédagogique, régulation médicale, recherche...

86 % (117 sur 136) participent à des FMC (hors lecture individuelle) : association de FMC, groupe de pairs, groupe Balint.

3-3 Évaluation du niveau de Burnout des MSU de la Faculté d'Angers

Consistance interne du MBI dans notre étude

Dans notre étude, le coefficient α de Cronbach est de :

- 0,86 pour l'épuisement émotionnel
- 0,65 pour la dépersonnalisation
- 0,83 pour l'accomplissement personnel.

La consistance interne est satisfaisante pour $\alpha > 0,70$. La valeur légèrement inférieure à 0,70 pour l'évaluation de la dépersonnalisation est retrouvée dans la plupart des études pour la version française du MBI.

Epuisement émotionnel

Le tableau II présente la moyenne des réponses aux items évaluant l'épuisement émotionnel (échelle de fréquence de 0 à 6) et le pourcentage de réponse ≥ 4 (4 : une fois par semaine ; 5 : plusieurs fois par semaine ; 6 : chaque jour).

Tableau II : Réponse aux items évaluant l'épuisement émotionnel

Items épuisement émotionnel	Moyenne des réponses	Pourcentage de réponse ≥ 4
1. Je me sens émotionnellement vidé(e)par mon travail.	1, 94	11,8 %
2. Je me sens à bout a la fin de ma journée de travail.	2,17	19,9 %
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail.	1,59	9,6 %
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.	1,15	5,1 %
8. Je sens que je craque à cause de mon travail.	1,03	8,1 %
13. Je me sens frustré(e)par mon travail.	1,625	15,4 %
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.	2,33	25 %
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	0,85	2,2 %
20. Je me sens au bout du rouleau.	0,85	5,9 %

La moyenne du score total d'épuisement émotionnel est de 13,54.

Tableau III : Résultat du score d'épuisement émotionnel

Score épuisement émotionnel	Pourcentage de MSU (nombre)
Bas (score total ≤ 17)	72,8 % (99)
Modéré (score total entre 18 et 29)	21,3 % (29)
Elevé (score total ≥ 30)	5,9 % (8)

Dépersonnalisation

Le tableau IV présente la moyenne des réponses aux items évaluant la dépersonnalisation (échelle de fréquence de 0 à 6) et le pourcentage de réponse ≥ 4 (4 : une fois par semaine ; 5 : plusieurs fois par semaine ; 6 : chaque jour).

Tableau IV : Réponse aux items évaluant la dépersonnalisation

Items Dépersonnalisation	Moyenne des réponses	Pourcentage de réponse ≥ 4
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	1,07	5 ,1 %
10. Je suis devenu(e) plus insensible au gens depuis que j'ai ce travail.	0,96	5,1 %
11. Je crains que ce travail m'endurcisse émotionnellement.	1,13	8,8 %
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.	1,07	5,9 %
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	1,56	13,2 %

La moyenne du score total dépersonnalisation est de 5,8.

Tableau V : Résultat du score de dépersonnalisation

Score Dépersonnalisation	Pourcentage de MSU (nombre)
Bas (score total ≤ 5)	54,4 % (74)
Modéré (score total entre 6 et 11)	34,6 % (47)
Elevé (score total ≥ 12)	11 % (15)

Accomplissement personnel

Le tableau VI présente la moyenne des réponses aux items évaluant la dépersonnalisation (échelle de fréquence de 0 à 6) et le pourcentage de réponse < 4 (0 : jamais ; 1 : quelque fois par an ; 2 : une fois par mois ; 3 : quelques fois par mois).

Tableau VI : Réponse aux items évaluant l'accomplissement personnel

Items Accomplissement personnel	Moyenne des réponses	Pourcentage de réponse < 4
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent.	4,36	33,1 %
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.	5	13,9 %
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur le gens.	4,63	19,9 %
12. Je me sens plein(e) d'énergie.	4,18	29,4 %
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.	4,93	11 %
18. Je me sens ragaillardi (e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades.	4,26	25 %
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	4,67	14,7 %
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	4,60	17,6 %

La moyenne du score total d'accomplissement personnel est de 36,65.

Tableau VII : Résultat du score d'accomplissement personnel

Score Accomplissement personnel	Pourcentage de MSU (nombre)
Bas=degré élevé de BO (score total \leq 33)	28,7 % (39)
Modéré (score total entre 34 et 39)	30,1 % (41)
Elevé= degré bas de BO (score total \geq 40)	41,2 % (56)

Prévalence du Burnout pour les 3 dimensions du MBI

Quarante-neuf (36 %) MSU ont au moins un niveau élevé pour une composante du MBI :

- 38 (27,9 %) MSU ont un niveau élevé pour une seule composante dont 30 (22,1 %) ont seulement un niveau élevé pour la composante AP.
- 9 (6,6 %) MSU ont un niveau élevé pour deux composantes.
- 2 (1,5 %) MSU ont un niveau élevé pour les 3 composantes.

Quatre-vingt-sept (64 %) n'ont aucune des composantes du BOS élevés.

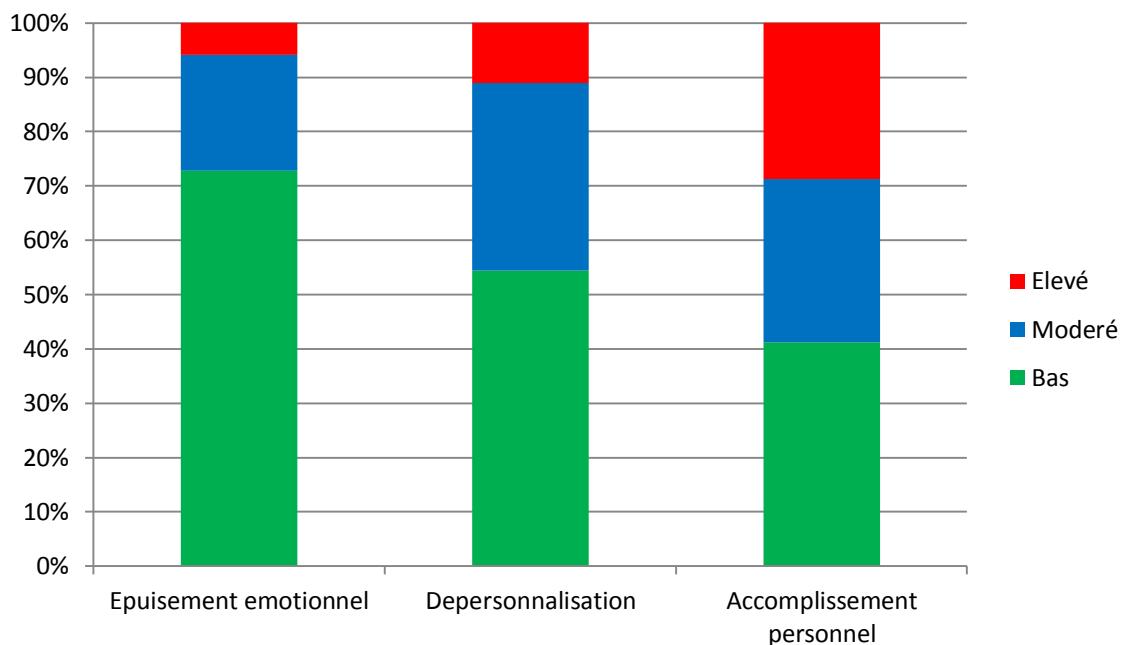


Figure 3 : Niveaux de BO pour chaque composante du BOS

3-4 Résultats du MBI en sous-groupes

Cycle d'étude de l'interne en stage

Tableau VIII : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction du cycle d'étude de l'interne en stage

Degré de BO élevé	MSU 2 ^{ème} cycle (25)	MSU 3 ^{ème} cycle (111)	p
Epuisement émotionnel	0 % (0)	7,2 % (8)	0,0152
Dépersonnalisation	0 % (0)	13,5 % (15)	NS
Accomplissement personnel	24 % (6)	29,7 % (33)	NS

Données exprimées en pourcentage et en nombre.

Comparaison des deux groupes par test de Chi-2.

NS : Non significatif.

Sexe

Tableau IX : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction du sexe

Degré de BO élevé	Femme (50)	Homme (86)	p
Epuisement émotionnel	8 % (4)	4,7 % (4)	NS
Dépersonnalisation	6 % (3)	14 % (12)	NS
Accomplissement personnel	30 % (15)	27,9 % (24)	NS

Données exprimées en pourcentage et en nombre.

Comparaison des deux groupes par test de Chi-2.

NS : Non significatif.

Age

L'échantillon est partagé en deux groupes par rapport à la médiane (53 ans).

Tableau X : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction de l'âge

Degré de BO élevé	≤ 53 ans (69)	> 53 ans (67)	p
Epuisement émotionnel	10,1 % (7)	1,5 % (1)	NS
Dépersonnalisation	10,1 % (7)	111,9 % (18)	NS
Accomplissement personnel	20,3 % (14)	37,3 % (25)	0,0355

Données exprimées en pourcentage et en nombre.

Comparaison des deux groupes par test de Chi-2.

NS : Non significatif.

Nombre d'années de maîtrise de stage

L'échantillon est partagé en deux groupes par rapport à la médiane (5ans).

Tableau XI : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction du nombre d'année de maîtrise de stage

Degré de BO élevé	≤ 5ans (72)	> 5ans (64)	p
Epuisement émotionnel	6,9 % (5)	4,7 % (3)	NS
Dépersonnalisation	12,5 % (9)	9,4 % (6)	NS
Accomplissement personnel	25 % (18)	32,8 % (21)	NS

Données exprimées en pourcentage et en nombre.
Comparaison des deux groupes par test de Chi-2.
NS : Non significatif.

Situation familiale

Tableau XII : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction de leur situation familiale

Degré de BO élevé	Seul(e) (13)	En couple (123)	p
Epuisement émotionnel	15,4 % (2)	4,9 % (6)	NS
Dépersonnalisation	15,4 % (2)	10,6 % (13)	NS
Accomplissement personnel	30,8 % (4)	28,5 % (35)	NS

Données exprimées en pourcentage et en nombre.
Comparaison des deux groupes par test de Chi-2.
NS : Non significatif.

Mode d'exercice

Tableau XIII : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction du mode d'exercice

Degré de BO élevé	Seule(e) (30)	Association (106)	p
Epuisement émotionnel	10 % (3)	4,7 % (5)	NS
Dépersonnalisation	13,3 % (4)	10,7 % (11)	NS
Accomplissement personnel	46,7 % (14)	23,6 % (25)	0,0267

Données exprimées en pourcentage et en nombre.
Comparaison des deux groupes par test de Chi-2.
NS : Non significatif.

3-5 Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé de BO

Epuisement émotionnel

Tableau XIV : Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé d'épuisement émotionnel

Caractéristiques	Bas (99)	Elevé (8)	<i>p</i>
Sexe (% femmes)	36,4	50	NS
Age (ans)	51,82	45,37	0,0333
Années d'exercice	22,06	13,62	0,0174
Années de MSU	7,01	4,62	NS
En couple (%)	92,9	75	NS
Enfant(s) à charge (%)	61,6	50	NS
Exercice en association (%)	80,8	62,5	NS
Nombre d'actes/an	5367	6187	NS
Participation FMC (%)	87,9	87,5	NS
Autre activité salarié (%)	46,5	37,5	NS

Les variables nominales sont exprimées en pourcentage et les variables continues par la moyenne.

NS : Non significatif.

Dépersonnalisation

Tableau XV : Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé de dépersonnalisation

Caractéristiques	Bas (74)	Elevé (15)	<i>p</i>
Sexe (% femmes)	39,2	20	NS
Age (ans)	51,95	49,8	NS
Années d'exercice	22,54	18,40	NS
Années de MSU	7,31	6,66	NS
En couple (%)	94,6	86,7	NS
Enfant(s) à charge (%)	59,6	73,3	NS
Exercice en association (%)	79,7	73,4	NS
Nombre d'actes/an	5219	5967	0,05
Participation FMC (%)	90,5	93,4	NS
Autre activité salarié (%)	60,8	53,4	NS

Les variables nominales sont exprimées en pourcentage et les variables continues par la moyenne.

NS : Non significatif

Accomplissement personnel

Tableau XVI : Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé d'accomplissement personnel

Caractéristiques	Elevé (56)	Bas (39)	<i>p</i>
Sexe (% femmes)	42,9	38,5	NS
Age (ans)	48,51	54,15	0 ,002
Années d'exercice	18,65	23,46	0,022
Années de MSU	5,9	7	NS
En couple (%)	91	89,8	NS
Enfant(s) à charge (%)	71 ,4	51,3	0,456
Exercice en association (%)	87,5	64,1	0,011
Nombre d'actes/an	5236	5756	NS
Participation FMC (%)	89,3	84,6	NS
Autre activité salarié (%)	41	46,2	NS

Les variables nominales sont exprimées en pourcentage et les variables continues par la moyenne.

NS : Non significatif

3-6 Influence du stagiaire sur le niveau de BO des MSU

Les résultats à cette troisième question concernant la modification ressentie par le maître de stage des items composant le MBI ont été analysés pour chaque dimension du MBI. Les réponses ont été classées en 4 catégories :

- les MSU qui ont ressenti une amélioration pour au moins 1 des items sur 9
- les MSU qui n'ont pas ressenti de changement
- les MSU qui ont ressenti une aggravation pour un moins un des items sur 9
- les MSU qui ont ressenti à la fois des améliorations et des aggravations sur les 9 items.

Ces réponses ont été réparties en 3 groupes en fonction de l'impact de la maîtrise de stage sur le Burnout :

- MSU ayant ressenti une amélioration
- MSU n'ayant pas ressenti de changement
- MSU ayant ressenti une aggravation.

Les MSU qui ont ressenti à la fois des améliorations et des aggravations ont été réparties dans les 3 groupes en fonction du nombre de réponses positives par rapport aux réponses négatives.

Dans un second temps, les résultats comprenant les proportions d'amélioration et d'aggravation pour chaque item composant chacune des composantes du BOS sont détaillés dans les tableaux XVII, XVIII et XIX. La proportion d'amélioration parmi les MSU qui sont dans leurs cinq premières années de maîtrise de stage a aussi été précisée.

Épuisement émotionnel

En utilisant la méthode d'analyse détaillée précédemment :

- 43,2 % (57/132) ont ressenti une amélioration
- 43,2 % (57/132) n'ont ressenti aucun changement
- 13,6 % (18/132) ont ressenti une aggravation.

Tableau XVII : Proportions de MSU ayant ressenti une modification (amélioration ou aggravation) depuis leur entrée dans la maîtrise de stage pour les items évaluant l'épuisement émotionnel

Item épuisement émotionnel	Amélioration		Aggravation MSU (132)
	MSU (132)	MSU ≤ 5ans de maîtrise de stage (71)	
1. Je me sens émotionnellement vidé(e)par mon travail.	23,5	19,7	3,8
2. Je me sens à bout a la fin de ma journée de travail.	19,7	22,5	9,1
3. je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail.	12,9	9,9	4,5
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.	18,9	22,5	7,6
8. je sens que je craque à cause de mon travail.	16,7	18,3	3
13. je me sens frustré(e)par mon travail.	19,7	21,1	4,5
14. je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.	15,2	15,5	9,8
16. Travailler en contact direct avec les gens me stress trop.	9,1	7	0,8
20. je me sens au bout du rouleau.	15,2	11,3	1,5

Résultats exprimés en pourcentage (%).

Dépersonnalisation

En utilisant la méthode d'analyse détaillée précédemment :

- 19 ,7 % (26 /132) ont ressenti une amélioration
- 75 % (99/132) n'ont ressenti aucun changement
- 5, 3 % (7/132) ont ressenti une aggravation.

Tableau XVIII : Proportions de MSU ayant ressenti une modification (amélioration ou aggravation) depuis leur entrée dans la maîtrise de stage pour les items évaluant la dépersonnalisation

Item dépersonnalisation	Amélioration		Aggravation MSU (132)
	MSU (132)	MSU ≤ 5ans de maîtrise de stage (71)	
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	13,6	9 ,9	3
10. Je suis devenu(e)plus insensible au gens depuis que j'ai ce travail.	6,1	5,6	1,5
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	8,3	5,6	2,3
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.	9,1	5,6	1,5
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	3	2,8	1,5

Résultats exprimés en pourcentage (%).

Accomplissement personnel

En utilisant la méthode d'analyse détaillée précédemment :

- 56 % (74/132) ont ressenti une amélioration
- 41,7 % (55/132) n'ont ressenti aucun changement
- 2,3 % (3/132) ont ressenti une aggravation.

Tableau XIX : Proportions de MSU ayant ressenti une modification (amélioration ou aggravation) depuis leur entrée dans la maîtrise de stage pour les items évaluant l'accomplissement personnel

Item accomplissement personnel	Amélioration		Aggravation MSU (132)
	MSU (132)	MSU ≤ 5ans de maîtrise de stage (71)	
4. Je peux comprendre facilement ce que les malades ressentent.	11,4	8,5	1,5
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.	31,1	25,4*	0
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur le gens.	25	22,5	0,8
12. je me sens plein(e) d'énergie.	31,8	40,8*	3
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.	21,2	19,7	3,8
18. je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades.	13,6	8,6*	0
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	25	25,4	0
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	14,4	12,7	0

Résultats exprimés en pourcentage (%).

*différence statistiquement significative (test de Chi-2) : $p < 0,05$.

La dimension du BOS la plus influencée par la maîtrise de stage est donc l'accomplissement personnel (Figure 4).

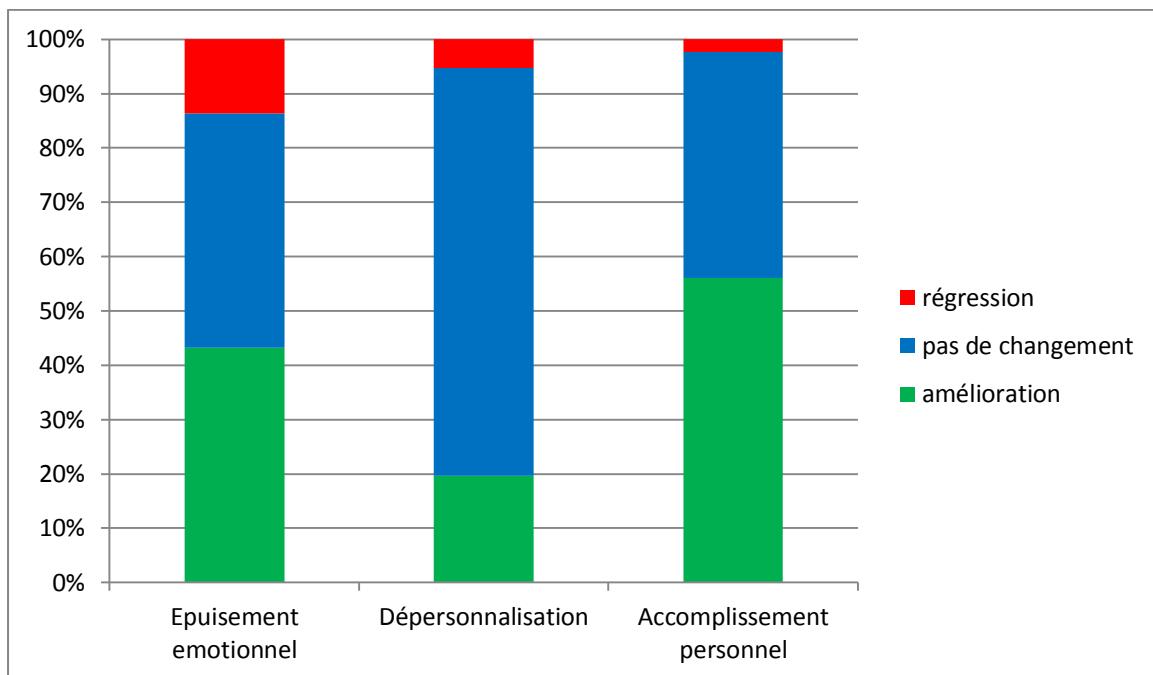


Figure 4 : Impact de la maîtrise de stage sur les MSU pour chaque composante du BOS

4- Discussion

Notre étude démontre que la prévalence du BOS est moindre parmi les MSU de la Faculté d'Angers par rapport à celle du Burnout dans la population générale des MG et suggère une modification de leur niveau de Burnout depuis leur entrée dans la maîtrise de stage. La prévalence des MSU ayant un degré élevé d'EE et de DP est particulièrement basse et celle d'un niveau bas d'AP est similaire aux autres études.

Les MSU bénéficient plus qu'ils ne pâtissent de la présence d'un stagiaire à leur cabinet. Il semblerait en effet que la présence du stagiaire ait un effet très bénéfique sur le degré de Burnout du maître de stage sur le versant de l'AP et de l'EE. Les résultats sont moins probants sur le versant de la DP.

Ces résultats suggèrent ainsi que le fait d'être maître de stage a un effet bénéfique sur le niveau de Burnout.

Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive. Les résultats donnent une analyse du niveau de Burnout des MSU de la Faculté d'Angers. Il faut rester prudent quant à l'interprétation des résultats car il s'agit d'une étude transversale qui ne permet pas d'établir de lien de causalité. Il ne s'agit pas d'une étude comparative. Les résultats suggèrent donc plutôt une corrélation entre le niveau bas du Burnout des MSU et la présence du stagiaire en médecine générale.

Cependant, cette hypothèse est renforcée par les résultats de la troisième partie du questionnaire qui explore l'influence de la maîtrise de stage sur leur niveau de Burnout. Dans notre enquête les MG maîtres de stages sont en quelque sorte leur propre témoin de l'impact de la maîtrise de stage sur leur niveau de Burnout .Une étude longitudinale interrogeant les MSU avant leur entrée dans la maîtrise de stages puis au bout d'un certain nombre d'années aurait été plus puissante.

Les propriétés psychométriques du MBI ont été largement étudiées (19) : la validité convergente, la validité divergente ainsi que la stabilité dans le temps sont très satisfaisantes. Néanmoins, l'échelle française de déshumanisation aurait une consistance interne insuffisante et présenterait un biais de désirabilité sociale (21). De plus, il ne faut pas oublier qu'il n'est à ce jour pas possible de dire à partir de quel score un individu présente un profil critique. A l'origine, MASLACH et JACKSON (18) ont établi des bornes en séparant leur échantillon en

3 groupes équivalents permettant de catégoriser les individus en Burnout « élevé », « moyen » ou « faible » pour chacune des dimensions. Le Burnout n'est donc pas une variable dichotomique mais continue. L'échelle MBI n'établit pas de diagnostic de Burnout mais permet simplement d'orienter sur l'existence d'un Burnout (22).

La méthode de l'auto-questionnaire amène un biais évident : la subjectivité des réponses. Un MG en Burnout, résigné et refusant d'admettre sa souffrance peut minimiser ses réponses. A l'inverse, un médecin fatigué et voulant montrer sa lassitude ou ses revendications peut exagérer l'intensité de son ressenti. Cependant le caractère anonyme du questionnaire favorise l'honnêteté des réponses.

Une sous-estimation de la prévalence du Burnout peut également être suspectée : nous pouvons en effet imaginer qu'un médecin épuisé ne prenne pas le temps de répondre à un questionnaire portant sur sa condition au travail, par manque d'énergie, de motivation, ou par évitement.

D'autre part, le manque de recul dans le temps des jeunes MSU peut laisser penser qu'ils ont répondu moins objectivement que les anciens MSU à la troisième partie du questionnaire ou au contraire le « souvenir » plus récent de leur exercice avant d'être MSU leur a permis de répondre de façon plus objective à cette question. Cependant, il n'y a pas de différence significative de modification ressentie sur le niveau de Burnout depuis l'entrée dans la maîtrise de stage entre les MSU depuis plus de 5 ans et les autres (\leq à 5 ans).

Cette étude a été chaleureusement accueillie par les MSU d'Angers. Le fort taux de participation est un facteur confirmant cet aspect. Le taux de réponse était de 56,9 %. Ce taux paraît élevé car nous considérons que notre questionnaire était long : 54 questions (répondre aux 22 items du MBI peut paraître fastidieux). La grande participation des MSU de la faculté d'Angers peut refléter leur intérêt pour ce sujet. Cet intérêt s'explique peut-être par le fait que les MSU sont des enseignants à la Faculté, habitués et sensibilisés à la recherche et le progrès en médecine générale donc plus compliant. On peut notamment penser que la partie du questionnaire sur l'influence du stagiaire sur leur bien-être a pu les interpeller positivement, susciter leur curiosité car elle les touche et les cible personnellement.

D'autre part, il n'y a pas eu d'échantillonnage puisque les maîtres de stages de la faculté d'Angers ont été interrogés de façon exhaustive. Nous avions récupéré toutes les adresses mails par le secrétariat du DMG de la faculté.

Notons aussi que l'enquête a été réalisée de début novembre à fin janvier, période hivernale où la charge de travail est importante en médecine générale. En conséquence, on peut imaginer que le niveau Burnout pourrait être plus fréquent en hiver mais seule une étude longitudinale pourrait trancher. Le taux de Burnout n'est de fait pas sous-estimé.

La durée de l'étude a été de 3 mois, ce qui est court, il n'y a donc pas ou peu de variation du ressenti selon la date de réponse du participant.

Nous avons constaté que les MSU d'Angers sont représentatifs socio-démographiquement de la population générale des MG des départements dans lesquels ils exercent (Maine et Loire, Sarthe et Mayenne). Nous avons comparé nos résultats aux chiffres officiels de l'ordre des médecins en 2013 (23).

La moyenne d'âge et le ratio homme-femme sont quasi identiques. On note une petite différence dans la tranche d'âge > 60 ans où les chiffres de 2013 retrouvent un pourcentage de 25 % alors que dans notre étude, ils sont seulement 20,6 % maîtres de stages à avoir plus de 60 ans. En outre, le processus de féminisation de la profession s'observe dans des proportions comparables chez les maîtres de stages. On note par ailleurs un taux légèrement supérieur de travail en association par rapport aux MG de la région (78 % *versus* 67 %) (24). Le nombre moyen d'actes par an, le pourcentage de médecin ayant une activité médicale en dehors de leur cabinet et le taux de médecins déclarant participer à des FMC en groupes sont comparables (25,26).

L'absence de différences significatives des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population MSU par rapport à la population générale des MG suggère que nos résultats ne sont pas influencés par des caractéristiques spécifiques aux MSU.

L'analyse en sous-groupes du résultat du MBI et la comparaison des données sociodémographiques et professionnels entre les MSU ayant un degré élevé et bas de Burnout pour chaque dimension du BOS nous a permis d'identifier certains facteurs associés au Burnout.

Le fait de travailler seul et d'avoir une charge de travail élevé (nombre d'actes par an) est associé à un niveau élevé de Burnout pour chaque dimension du BOS. Les jeunes médecins ont un niveau d'EE plus élevé alors que les médecins plus âgés ont un niveau de DP plus élevé et d'AP plus bas. Le Burnout touche les femmes plutôt sur le versant de l'EE et les hommes sur celui de la DP. Cela confirme les résultats retrouvés dans plusieurs études (27–

29). Ceci s'expliquerait par des attitudes différentes entre les femmes et les hommes. Ces derniers auraient des attitudes plus instrumentales et les femmes seraient plus émotionnelles (30).

Dans notre étude, tous ces facteurs de risque, identifiés auparavant, semblent avoir une moindre répercussion sur le niveau de Burnout chez les MSU. Hors leur seule particularité par rapport aux autres MG interrogés dans les études préalables est d'être maître de stage. Même si ces résultats n'étaient pas l'objectif de notre étude, ils suggèrent que la faible prévalence du Burnout retrouvée dans notre étude est liée au fait d'être maître de stage indépendamment des autres facteurs. Cette hypothèse est de plus renforcée par les résultats de la troisième partie du questionnaire qui explorait l'impact du stagiaire sur le niveau de Burnout des MSU.

Plusieurs études françaises explorent le Burnout des MG mais personne n'avait encore interrogé les MSU exclusivement. Seules deux thèses récentes (31,32) traitent de ce sujet mais sur le versant qualitatif. Nous avons donc choisi de comparer nos résultats à ceux des études régionales françaises qui ont exploré le Burnout des MG seulement avec la même méthodologie (3,4,33). Si on compare nos chiffres aux résultats de ces études, on a des résultats significativement « meilleurs ». Seulement 5,9 % des MSU ont un score d'EE élevé (*versus* 31 % en moyenne) et 11 % pour la DP (*versus* 37 % en moyenne). Par contre, la proportion d'AP bas de 28,7 % est comparable à la moyenne de ces études.

Il est aussi particulièrement intéressant de comparer nos résultats à ceux d'une autre étude récente portant sur un panel de MG des Pays-de-la-Loire (34). On constate encore que le niveau de bien-être des MSU de la Faculté de médecine d'Angers est élevé. 25 % des MSU d'Angers « sentent qu'ils travaillent trop dur » contre 55 %, 19, 9 % déclarent « se sentir à bout à la fin d'une journée de travail » contre 46 %, 11,8 % « se sentent émotionnellement vidé par leur travail » contre 26 %. Ainsi pour chacun des items composant l'EE, on retrouve des différences de pourcentages nettement inférieures dans notre population. Concernant la DP, les résultats sont moins spectaculaires mais un item se dégage très nettement. En effet, seulement 5,1 % des MSU sont « devenus plus insensibles aux gens depuis qu'ils font ce travail » contre 17 %.

Les résultats nous indiquent donc que la présence d'un interne en stage au cabinet médical a une influence positive sur les différentes composantes du BOS. En effet, être maître de stage implique une modification des facteurs reconnus et identifiés comme étant fortement associées au Burnout.

Le métier de MG apparaît plus difficile à supporter lorsque ces professionnels ne bénéficient pas suffisamment de soutien (34). Au même titre que la famille et les confrères, nous pensons que l'étudiant en stage est aussi un soutien. De plus, être MSU favorise l'échange entre confrères à travers les journées de formation et les réunions entre les praticiens qui accueillent ensemble un interne en stage. Etre MSU implique aussi un rapprochement avec le DMG et renforce l'impression de faire partie d'un groupe. L'interne en stage agit donc de façon directe et indirecte contre l'isolement du praticien.

L'EE est fortement associé aux relations difficiles avec les patients (34). La présence d'un étudiant valorise le métier de MG auprès des patients (32). La position d'enseignant susciterait le respect et pourrait diminuer l'agressivité des patients souvent mal vécue par les MG. Ainsi cela préviendrait de l'EE.

En outre, la présence d'un interne au cabinet permet au MG d'avoir plus de temps en dehors des consultations. Le BOS est plus lié au sentiment d'accumuler du travail en retard qu'à la surcharge de travail réelle (34). Or dans les stages de troisième cycle, le MSU n'est pas présent pendant les consultations. Donc les jours où l'étudiant est présent au cabinet, cela permet au MSU de se dégager du temps pour s'occuper par exemple des charges administratives (travail de secrétariat, de comptabilité) ou autres contraintes médico-économiques (recevoir les inspecteurs de la CPAM). Plus de contrôle sur son travail permet ainsi de diminuer le risque d'EE. Pour KARASEK (35,36), la situation professionnelle est considérée comme favorable pour l'individu en cas de soutien fort associé à un bon contrôle de la situation. On peut penser que la maîtrise de stage agit sur ces deux facteurs.

La majorité des MSU de la faculté d'Angers présente un score bas de DP et une légère amélioration paraît liée à la maîtrise de stage. Quand l'interne est présent, on constate un allongement de la durée de consultation. Les médecins porteraient davantage attention au propos du patient en présence d'un étudiant (37). L'interne aurait un rôle dans le développement de l'empathie et donc une influence positive sur la déshumanisation du rapport au patient. Il faudrait d'autres études pour confirmer cette hypothèse.

La maîtrise de stage a aussi d'autres impacts positifs sur le médecin enseignant comme le développement d'un sentiment de fierté (AP). En effet, la dévalorisation du statut de MG constitue une cause d'EE important (38). La maîtrise de stage apporte alors un statut professionnel renforcé et la reconnaissance des pairs. Le rôle d'enseignement est source de motivation et de satisfaction (16).

Concernant l'AP, les MSU ressentent un effet bénéfique de la maîtrise de stage. Ce résultat n'est pas surprenant car le partage et l'échange des connaissances, le travail en équipe, le lien avec la faculté, la position d'enseignant sont autant d'éléments qui rassurent le médecin généraliste. Pourtant, dans notre étude, la prévalence des MSU ayant un AP bas reste élevée. Ce résultat contradictoire peut être expliqué par les limites du concept de Burnout. De nombreux auteurs dont LOUREL (39) pense que les sous échelles d'EE et de DP sont le noyau dur du BOS et qu'elles ne sont pas corrélées à celle de l'AP. L'AP refléterait davantage une dimension « en marge » indépendante du noyau dur du burnout (EE et DP) (40). L'AP serait plutôt un trait de personnalité (41). Un niveau élevé d'EE ou de DP suffirait pour évoquer un Burnout (42).

L'autre hypothèse qui peut expliquer cette prévalence élevée d'un bas niveau d'AP peut être liée à la personnalité des maîtres de stages. Les MSU ont peut-être une tendance à penser qu'ils peuvent toujours mieux faire. Or l'AP étant la dimension auto-évaluative du Burnout, ils sont peut-être très critiques quant à l'évaluation de leur travail et très exigeants envers eux même.

Cependant choisir de devenir MSU et donc accepter d'être bousculé, dérangé par la présence d'un interne à son cabinet témoigne certainement d'une capacité à accepter, tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent l'individu et d'une souplesse pour s'adapter aux difficultés. De plus, ce choix témoigne d'une ouverture à l'autre, d'un désir d'enseigner, de transmettre. Toutes ces particularités nous laissent à penser que les maîtres de stages seraient une « population à part » ayant des personnalités et une approche de leur métier qui les protégerait du Burnout. En quelques sortes, cette population serait déjà moins à risque de Burnout et devenir maître de stage serait plutôt la conséquence d'être « bien ».

Le monde médical a été marqué par de très nombreux changements. Les jeunes médecins d'aujourd'hui privilégient davantage leur carrière et leur vie privée (22). La médecine n'est plus vécue comme une « vocation » conduisant à un engagement social et moral profond, un investissement sans limites (43). Les individus ne sont plus atteints par la forme traditionnelle du Burnout qui associait des attentes élevées et des buts socialement significatifs (44). Aujourd'hui, les MG doivent faire face à un environnement changeant avec une accentuation de pressions externes, une multitude d'obligations, une limitation dans les actions, un pouvoir décisionnel moindre et à une modification de la relation médecin-patient.

CHERNISS (45) considère que le fait d'avoir peu de ressources et d'importantes exigences au travail favorise l'EE et le DP. Certaines personnes auraient plus de capacité d'adaptation. Des traits de personnalité protégeraient donc du Burnout : une relation statistiquement significative a été montrée entre le manque de « hardiess » et le BOS. La notion de « hardiess » décrite par KOBASA (endurance, robustesse psychique) désigne une caractéristique de la personnalité qui a pour fonction de protéger le sujet contre le stress (46). La « hardiess » permet à l'individu d'agir sur son environnement par l'intermédiaire de stratégies de coping. Ces stratégies sont, dans le contexte du Burnout, la capacité de réévaluer les problèmes de manière positive, la conviction de pouvoir agir sur eux de façon décisive et l'appréhension positive des obstacles (47). On peut penser que les MSU par leur engagement dans la maîtrise de stage sont plus susceptibles de posséder ces capacités. Pour autant, les médecins en Burnout ne sont pas ceux qui présentent une fragilité psychologique (22,28). Ces caractéristiques individuelles sont évolutives en fonction de l'environnement professionnel.

Chaque individu entretient des attentes particulières vis-à-vis de son travail. La conception du travail, le sens de la vocation, la poursuite du maintien d'une certaine image de soi et une recherche exagérée de réussite sociale ou de pouvoir personnel peuvent être primordial dans l'apparition du Burnout (11). CHERNISS a défini la notion d'« orientation de carrière » et classe les professionnels de l'aide en quatre catégories en fonction de leur attentes par rapport à leur travail (45) :

- Le militant : son travail représente plus un engagement qu'un emploi, il cherche à amener un changement social et à améliorer la situation de ses patients.
- Le carriériste : il recherche avant tout le prestige, les responsabilités, la sécurité financière, la reconnaissance sociale.
- L'artisan : le travail est pour lui l'occasion d'exercer son savoir-faire ou de le développer au cours de nouvelles expériences.
- L'égoïste : il priviliege sa vie personnelle quitte à négliger son travail qui ne représente pour lui qu'un moyen de gagner sa vie.

Cette classification peut permettre de mieux comprendre le vécu professionnel des MG. En effet, il a été démontré une relation significative entre l'orientation de carrière et le degré de Burnout (48) : les artisans et les militants ont les scores d'EE et de DP les plus bas, les militants ont le score d'AP le plus élevé à l'opposé des égoïstes, les carriéristes semblent être accomplis sur le plan de l'AP mais ont des scores EE et de DP élevés (2,49).

On peut donc penser que les maîtres de stages qui ont des scores d'EE et de DP bas appartiennent pour la plupart à la catégorie des artisans. On retrouverait moins les carriéristes et les égoïstes dans cette population soit parce qu'ils ne veulent pas avoir de stagiaire ou soit parce qu'ils ont arrêté la maîtrise de stage. Cela pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude, dans la continuité de notre enquête, si on interrogeait les MSU sur leur orientation de carrière.

Enfin, parmi les caractéristiques personnelles des bons « modèles de rôle » que sont les MSU, on retrouve la compassion, le souci des autres et l'enthousiasme par rapport à la profession et à l'enseignement (15). Ces résultats sont confirmés par une étude qualitative récente (50).

On peut donc imaginer que, par un cercle vertueux, ces caractéristiques personnelles se développent au contact de l'interne, tant au niveau de leur personnalité qu'au niveau de leur conception du travail de médecin.

5- Conclusion

Notre étude a permis de faire un premier état des lieux du Burnout des MSU de la faculté d'Angers.

Elle démontre une association entre la présence d'un stagiaire en médecine générale et le niveau de de Burnout et ainsi un probable effet protecteur vis-à-vis du BOS. Cependant, ces résultats seraient à confirmer par la réalisation d'une étude comparative entre les MSU et une population de MG appariés.

La maîtrise de stage aurait donc une action sur les facteurs associés au Burnout et jouerait ainsi un rôle indirect dans la prévention primaire du BOS. Une analyse complémentaire des causes de cet effet bénéfique de l'interne en stage dans le cabinet de médecine générale sur le bien-être du praticien et dans la prévention du BOS serait alors une piste intéressante à explorer pour prévenir le BOS des médecins français.

Enfin, nous pensons aussi que cette étude pourrait contribuer à promouvoir le recrutement et la formation de nouveaux MSU.

6- Bibliographie

1. Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. URML Bourgogne ; 2001.
2. Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne ; 2002.
3. Truchot D. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes ; 2004.
4. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse Médicale*. déc 2004 ; 33(22) :1569-1574.
5. Freudenberg HJ. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Chicoutimi, Québec : G. Morin ; 1987.
6. Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974 ; 30(1) :159-165.
7. Freudenberg HJ, Richelson G. Burn-out : the high cost of high achievement. Toronto ; New York : Bantam Books ; 1981.
8. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981 ; 2(2) :99-113.
9. Knapp T, Burki A, Lüthi, Andreas, Zanetti D, Viret-Lange, Séverine. Burn-out l'épuisement professionnel. Sainte-Croix (Suisse) ; [Pontarlier] : Presses du Belvédère ; 2006.
10. Schaufeli W, Maslach C, Marek T. Professional burnout : recent developments in theory and research. Washington, DC : Taylor & Francis ; 1993.
11. Delbrouck M. Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles : De Boeck ; 2008.
12. Daloz L. Epuisement professionnel et blessures de l'idéal. Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale. *Pédagogie médicale*. mai 2007 ; 8(2) :82-90.
13. Kacenelenbogen N, Offermans AM, Roland M. [Burnout of general practitioners in Belgium : societal consequences and paths to solutions]. *Rev Med Brux*. sept 2011 ; 32(4) :413-423.
14. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignage, analyse et perspectives. 2007.
15. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie médicale*. mai 2005 ; 6(2) :98-111.

16. Harry R, Joe H, Elisabeth P. Stress in doctors and dentists who teach. *Medical education* (Oxford Print). 2002 ; 36(6) :543-9.
17. Walters LS WP, Prideaux D, Rolfe H, Keaney C. The impact of medical students on rural general practitioner perceptors. *Rural and remote health*. 2005 ; 5(4).
18. Maslach C, Jackson, Susan E., Leiter, Michael P. *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, Calif. (577 College Ave., Palo Alto 94306) : Consulting Psychologists Press ; 1996.
19. Dion G., Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian journal of behavioural science*. 1994 ; 26(2) :210-227.
20. Canouï P., Mauranges . Le burn out : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse aux réponses. Paris : Masson ; 2004.
21. Langevin V BS, François M. *Risques psychosociaux : outil d'évaluation MBI*.
22. Truchot D. *Épuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions*. Paris : Dunod ; 2004.
23. Ordre National des Médecins. *La démographie médicale en région Pays-de-la-Loire, situation en 2013*. 2013.
24. Bournot MC, Goupil MC, Truffereau F, Herault T. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. *O.R.S.P.L, U.R.M.L* ; 2008 févr p. 16p.
25. Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F, Herault T. Les emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire. *ORS Pays de la Loire* ; 2012 nov p. 8p.
26. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel 2010 - 2012 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale : *ORS* ; 2013 p. 8p.
27. Cherniss C. *Professional burnout in human service organizations*. New York : Praeger ; 1980. 295 p.
28. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Personality traits and burnout in family doctors. *Aten Primaria*. 30 avr 2001 ; 27(7) :459-468.
29. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High Level of Burnout in Intensivists: Prevalence and Associated Factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. avr 2007 ; 175(7) :686-692.

30. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*. 2011 ; 11(1) :240.
31. Jarno-Josse A, Jouquan, Jean, Université de Bretagne occidentale. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire résultats d'une revue systématique et méthodique de littérature. [[S.l.]] : [s.n.] ; 2011.
32. Le Gallo A-G, Bail, Philippe, Université de Bretagne occidentale. Prévention du burn out par la présence d'un interne au cabinet enquête par entretiens individuels auprès de médecins généralistes maîtres de stage du Finistère. 2012.
33. Vaquin Villeminey C, Université de Paris 5 René Descartes. Paris. Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. 2007.
34. Bournot MC, Goupil MC, Leclere B, Tallec A, Truffereau F, Herault T, et al. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Rapport détaillé : ORS Pays de la Loire ; 2010 juin p. 92p.
35. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. juin 1979 ; 24(2) :285.
36. Karasek R, Theorell, Töres. Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York : Basic Books ; 1990.
37. Delfarriel G, Weiler, Benoît., Université Paris-Est Créteil Val de Marne.,. Autoévaluation du comportement du médecin généraliste, maître de stage, en présence du stagiaire en médecine générale au cours d'une consultation. [[S.l.]] : [s.n.] ; 2004.
38. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G. Le Burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge [Internet]. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2011
39. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. déc 2007 ; 33(6):947-953.
40. Leiter MP. Burnout as a developmental process: Consideration. Professional burnout : Recent developments in theory and research. 1993 ; 237-249.
41. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an intergration of research on job burnout. *Academy of Management Review*. 1 oct 1993 ; 18(4) :621-656.

42. Firth H, McIntee J, McKeown P, Britton PG. Maslach Burnout Inventory : factor structure and norms for British nursing staff. *Psychol Rep.* août 1985 ; 57(1) :147-150.
43. Canouï P, , Mauranges, Aline., Canouï, Pierre., Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Masson; 2008.
44. Färber C. Der Neustart als Karriere-Chance : die erfolgreichsten Strategien für Ihre Bewerbung. München : Gräfe und Unzer ; 2001.
45. Cherniss C. Staff burnout : job stress in the human services. Beverly Hills, Calif : Sage Publications ; 1980. 199 p.
46. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health : A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1982 ; 42(1) :168-177.
47. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer Pub. Co.; 1984.
48. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med.* mai 1995 ; 40(10) :1357-1363.
49. TRUCHOT Didier. Career orientation and burnout in french general practitioners. *Psychological reports A.* 2008 ; 103(3) :pp. 875-881.
50. Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling : insight and perspectives from the pros. *CMAJ.* 17 sept 2002 ; 167(6) :638-643.

7- Tables des illustrations

7-1 Liste des figures

Figure 1 : Répartition nombre de MSU par classe d'âge	20
Figure 2 : Répartition du nombre de MSU en fonction nombre d'années de maîtrise de stage	21
Figure 3 : Niveaux de BO pour chaque composante du BOS	26
Figure 4 : Impact de la maîtrise de stage sur les MSU pour chaque composante du BOS	36

7-2 Liste des tableaux

Tableau I : Limites des scores totaux des trois dimensions du MBI	17
Tableau II : Réponse aux items évaluant l'épuisement émotionnel	23
Tableau III : Résultat du score d'épuisement émotionnel	23
Tableau IV : Réponse aux items évaluant la dépersonnalisation	24
Tableau V : Résultat du score de dépersonnalisation	24
Tableau VI : Réponse aux items évaluant l'accomplissement personnel	25
Tableau VII : Résultat du score d'accomplissement personnel	25
Tableau VIII : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction du cycle d'étude de l'interne en stage	27
Tableau IX : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction du sexe	27
Tableau X : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction de l'âge	27
Tableau XI : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction du nombre d'année de maîtrise de stage	28
Tableau XII : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction de leur situation familiale	28
Tableau XIII : Proportions de MSU ayant un degré de BO élevé en fonction du mode d'exercice	28
Tableau XIV : Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé d'épuisement émotionnel	29
Tableau XV : Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé de dépersonnalisation	30

Tableau XVI : Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé d'accomplissement personnel	31
Tableau XVII : Proportions de MSU ayant ressenti une modification (amélioration ou aggravation) depuis leur entrée dans la maîtrise de stage pour les items évaluant l'épuisement émotionnel	33
Tableau XVIII : Proportions de MSU ayant ressenti une modification (amélioration ou aggravation) depuis leur entrée dans la maîtrise de stage pour les items évaluant la dépersonnalisation	34
Tableau XIX : Proportions de MSU ayant ressenti une modification (amélioration ou aggravation) depuis leur entrée dans la maîtrise de stage pour les items évaluant l'accomplissement personnel	35

8- Table des matières

Liste des abréviations	9
1- Introduction	11
2- Matériel et méthodes	14
2-1 Schéma de l'étude	14
2-2 Population cible	14
Critères d'inclusion.....	14
Définition.....	14
2-3 Recueil des données	15
2-4 Critères de jugement	16
Critère de jugement principal.....	16
Critère de jugement secondaire	17
2-5 Analyse des données	18
2-6 Ethique.....	18
3- Résultats	19
3-1 Participation.....	19
3-2 Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles	19
Sexe	19
Age	19
Situation familiale	20
Nombre d'années d'exercice	20
Nombre d'années de maîtrise de stage	20
Nombre d'actes réalisés par an	21
Exercice des médecins répondants.....	21
3-3 Évaluation du niveau de Burnout des MSU de la Faculté d'Angers	22
Consistance interne du MBI dans notre étude	22
Epuisement émotionnel	22
Dépersonnalisation	24
Accomplissement personnel.....	25
Prévalence du Burnout pour les 3 dimensions du MBI	26

3-4 Résultats du MBI en sous-groupes.....	27
Cycle d'étude de l'interne en stage.....	27
Sexe	27
Age	27
Nombre d'années de maîtrise de stage	28
Situation familiale	28
Mode d'exercice	28
3-5 Comparaison des MSU aux niveaux bas et élevé de BO	29
Épuisement émotionnel	29
Dépersonnalisation	30
Accomplissement personnel.....	31
3-6 Influence du stagiaire sur le niveau de BO des MSU	32
Épuisement émotionnel	33
Dépersonnalisation	34
Accomplissement personnel.....	35
4- Discussion.....	37
5- Conclusion.....	45
6- Bibliographie	46
7- Tables des illustrations	50
7-1 Liste des figures	50
7-2 Liste des tableaux.....	50
8- Table des matières.....	52
9- Annexes	54
9-1 Annexe 1 : questionnaire envoyé au MSU	54
9-2 Annexe 2 : courriel explicatif associé au questionnaire	59

9- Annexes

9-1 Annexe 1 : questionnaire envoyé au MSU



Cher confrères, chères consœurs,

Le burn-out syndrome (syndrome d'épuisement professionnel) a été décrit puis défini et conceptualisé à partir des années soixante-dix.

Ce processus psycho-pathologique de la relation d'aide est à l'origine de retentissements néfastes sur le vécu de l'exercice médicale et parfois sur la qualité des soins prodigues.

Le but de notre thèse est d'évaluer le niveau de burn-out des maîtres de stages de l'université d'Angers afin d'objectiver une éventuelle différence avec la population générale des médecins.

-Quel est votre sexe ?

- Femme
- Homme

-Quel est votre âge ?

-Nombre d'années d'exercice ?

-Vous êtes maître de stage depuis combien d'années ?

-Situation familiale

- Seul(e) ?
- En couple ?
- Enfant(s) à charge ?

-Nombre d'actes réalisés par an ?

-Mode d'exercice ?

- seul(e) ?
- en association ?

-Parlez-vous de patients avec vos associé(e)s ?

- oui
- non

-Participez-vous à des FMC (hors lecture individuelle) : association de FMC, groupe de pairs, groupe Balint ...

- oui
- non

-Avez-vous une autre activité médicale salariée en dehors de votre cabinet : maison de retraite, PMI, hôpital, centre de planification, centre d'addictologie, institut médico-pédagogique, régulation médicale, recherche

- oui
- non

-Avez-vous d'éventuels commentaires par rapport aux questions posées ?

Pour les items suivants : Cochez le chiffre correspondant à votre réponse.

0 : jamais

1 : quelques fois par an

2 : au moins une fois par mois

3 : plusieurs fois par mois

4 : une fois par semaine

5 : plusieurs fois par semaine

6 : chaque jour

Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.

0 1 2 3 4 5 6

Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.

0 1 2 3 4 5 6

Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.

0 1 2 3 4 5 6

Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent.

0 1 2 3 4 5 6

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

Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.

0 1 2 3 4 5 6

Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.

0 1 2 3 4 5 6

Je sens que je craque à cause de mon travail.

0 1 2 3 4 5 6

J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.

0 1 2 3 4 5 6

Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.

0 1 2 3 4 5 6

Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.

0 1 2 3 4 5 6

Je me sens plein(e) d'énergie.

0 1 2 3 4 5 6

Je me sens frustré(e) par mon travail.

0 1 2 3 4 5 6

Je sens que je travaille trop dur dans mon travail.

0 1 2 3 4 5 6

Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.

0 1 2 3 4 5 6

Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.

0 1 2 3 4 5 6

J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.

0 1 2 3 4 5 6

Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail lorsque j'ai été proche de mes malades.

0 1 2 3 4 5 6

J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.

0 1 2 3 4 5 6

Je me sens au bout du rouleau.

0 1 2 3 4 5 6

Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.

0 1 2 3 4 5 6

J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes.

0 1 2 3 4 5 6

Pour les mêmes items : Pensez-vous que depuis vous êtes maître de stage, vous avez ressenti ?

- Une aggravation
- Aucun changement
- Une amélioration

	aggravation	pas de changement	amélioration
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.			
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.			
Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.			
Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent.			
Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.			
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.			
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.			
Je sens que je craque à cause de mon travail.			
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.			
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.			

Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.			
Je me sens plein(e) d'énergie.			
Je me sens frustré(e) par mon travail.			
Je sens que je travaille trop dur dans mon travail.			
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.			
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.			
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.			
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail lorsque j'ai été proche de mes malades.			
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.			
Je me sens au bout du rouleau.			
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.			
J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes.			

Merci encore d'avoir répondu à ce questionnaire.

Nous ne manquerons pas de vous tenir au courant des résultats de cette étude. Bien cordialement.

Alice Regnault et Adrien Renzo

Si besoin, l'AAPML (association d'aide professionnelle aux médecins libéraux) propose une assistance psychologique par téléphone (0826 004 580) anonyme et confidentielle et l'orientation si nécessaire, vers un psychologue ou toute autre structure ou réseau proposant une prise en charge adaptée.

9-2 Annexe 2 : courriel explicatif associé au questionnaire

Chère Consœur/cher Confrère, Maître de Stage Universitaire,

Nous sommes médecins généralistes remplaçants et nous réalisons une enquête dans le cadre de notre thèse **sur le niveau de burn-out des maîtres de stages de l'université d'Angers et l'éventuelle influence du stagiaire en médecine générale.**

Cette recherche s'adresse particulièrement à vous en tant que **maîtres de stages universitaires (MSU)**.

Pour participer, il vous suffit de répondre à ce questionnaire anonyme et confidentiel (environ 5 minutes) en cliquant sur le lien ci-dessous.

Influence du stagiaire sur le niveau de burn-out du maître de stage

Sinon, copier et coller l'adresse ci-dessous dans la fenêtre de votre navigateur.
<https://burnout.evalandgo.com/s/?id=JTk4bSU5M2s=&a=JTk1bSU5N2wlOUU=&cqid=JTk2aiU5QW4lOTclQjI=>

Je vous remercie d'avance de votre participation parce qu'elle sera déterminante pour la qualité et la validité de cette étude.

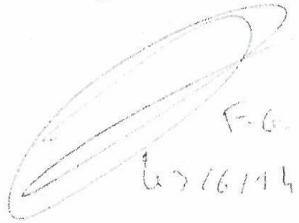
Bien cordialement.

Alice Regnault et Adrien Renzo sous la direction du Professeur François Garnier.



PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Adrien Renzo et Madame Alice
Regnault**



Adrien Renzo et Madame Alice Regnault



Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse

Professeur B. GOHIER
N° RPPS 10002575610
SERVICE DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU - 49033 ANGERS CEDEX 9
Tél. 02 41 35 32 43 - 02 41 35 32 44

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

T4_FORM_permis_imprimer



Titre de Thèse :

Etre maître de stage universitaire protège-t-il du Burnout ?

RESUME

Le Burnout touche une part importante des médecins généralistes (MG) français. Le but de notre étude était de montrer que la présence d'un stagiaire au cabinet médical avait un effet protecteur sur le Burnout des MG.

Nous avons réalisé une étude quantitative transversale descriptive interrogeant 239 maîtres de stages universitaires (MSU) de la faculté d'Angers de début novembre 2013 à fin janvier 2014. Notre questionnaire comprenait trois parties. La première les interrogeait sur leurs caractéristiques sociodémographiques et leur activité professionnelle, la deuxième comportait le critère de jugement principal : les 22 questions de la version française du MBI. La troisième partie reprenait les mêmes 22 items en interrogeant le MSU sur son ressenti depuis son entrée dans la maîtrise de stage (amélioration / pas de changement / aggravation).

Le taux de participation était de 56,9%. La prévalence du Burnout chez les MSU était inférieure à celle de la population générale des MG. Le degré d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation était particulièrement bas par rapport aux chiffres des autres études sur le Burnout des MG. La présence du stagiaire avait un effet très bénéfique sur le bien-être du MSU notamment sur les versants de l'accomplissement personnel et de l'épuisement émotionnel.

La maîtrise de stage en ayant une action sur les facteurs associés au Burnout jouerait un rôle protecteur indirect. Il serait intéressant de compléter ces résultats en menant des études comparatives de type exposés/non exposés pour ainsi contribuer à la prévention du Burnout des MG.

MOTS-CLES

Burnout

Syndrome d'épuisement professionnel

Maslach Burnout Inventory

Maître de stage universitaire

Médecine générale

Prévention