



HAL
open science

Burnout et médecine palliative : souffrances psychiques des internes

A.H. Boudoukha, Nathalie Denis, Marie Zinger-Maurin

► **To cite this version:**

A.H. Boudoukha, Nathalie Denis, Marie Zinger-Maurin. Burnout et médecine palliative : souffrances psychiques des internes. *Médecine Palliative*, 2021, 20 (3), pp.135-143. <10.1016/j.medpal.2020.04.005>. <hal-03332357>

HAL Id: hal-03332357

<https://hal.science/hal-03332357v1>

Submitted on 24 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Titres

En français : Burnout et médecine palliative : Souffrances psychiques des internes.

En anglais : Palliative care and burnout: Residents' psychological distress

Auteurs

Abdel Halim Boudoukha¹, Nathalie Denis² & Marie Zinger-Maurin³

¹Professeur des Universités en Psychologie Clinique et Pathologique - Université de Nantes – Faculté de Psychologie Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire
Chemin de la Censive-du-Tertre BP 811227 Nantes Cedex 3

02.53.52.26.08 - abdel-halim.boudoukha@univ-nantes.fr

²Praticien Hospitalier, Pneumologue – Service d'Oncologie et de Soins de Supports et Palliatifs – Hôpital Laenec Nantes-Saint-Herblain.

³Médecin - Clinique d' Onco-hématologie Victor Hugo – 72000 Le Mans

Conflit d'intérêt

Aucun

Introduction

Près de 70 % des personnes en fin de vie décèdent à l'hôpital. Le retentissement psychique de la relation de soin fait l'objet de recherches depuis de nombreuses années, notamment avec le syndrome de burnout (C. Maslach & Leiter, 2016). Le burnout est un terme décrivant des personnes présentant un stress particulier et massif en raison de leur travail (Jeoffrion & Boudoukha, 2014). La Haute Autorité de la Santé le définit comme un «**épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel**». Il se caractérise par un processus de dégradation du rapport subjectif au travail. Concrètement, face à des situations de stress professionnel chronique, la personne en burnout ne parvient plus à faire face (Haute Autorité de la Santé, 2017). L'épuisement émotionnel réfère à une sensation de restriction ou de souffrance lors du ressenti ou de l'expression des émotions. Le désinvestissement ou désengagement de la relation à l'autre se traduit par une attitude négative et détachée de la part de la personne envers autrui qui peut être traitée comme un objet. Enfin, la diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi souligne une forme de sentiment d'inefficacité personnelle. Cette perte de confiance en soi résultant de ce type d'attitude est associée à des états dépressifs importants et à une incapacité à faire face aux obligations, rendant floue la frontière entre burnout et dépression (Bianchi et al., 2015). **D'ailleurs, le burnout est marqué par l'expression d'une abondance de symptômes. Schaufeli et Enzmann (1998) repèrent plus de 130 symptômes dans les articles parus sur la question. Ce nombre élevé est lié à la nature essentiellement descriptive des premières recherches sur le burnout (Boudoukha, 2020).**

Il est important de noter qu'au côté des caractéristiques du travail, ce sont également les relations professionnelles vécues comme stressantes (comme la relation soignant/soigné) qui jouent dans l'expression et le développement du burnout (Garman et al., 2002). Ainsi,

l'environnement plus global dans lequel le burnout prend naissance (organisation de l'entreprise, administration, famille, relation...) sont autant de variables à prendre en compte (Christina Maslach & Leiter, 1997).

La médecine palliative et le rôle des internes dans les relations avec les patients méritent donc une exploration. **Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe inter-disciplinaire qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage (Loi 99-477 sur le droit à l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement). L'objectif des soins palliatifs n'est pas de guérir, mais de préserver la qualité de vie des patients et de leur famille face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle. Cette prise en charge médicale des personnes en fin de vie est le plus souvent confiée aux médecins référents des services hospitaliers. En cas de difficultés, ils peuvent faire appel aux équipes mobiles de soins palliatifs (Liverset, Fouillet, Dechaine, Hirsch, & Colombat, 2009). Lorsque les personnes en fin de vie nécessitent des soins de nature différente, elles sont orientées vers les Unités Fixes de Soins Palliatifs qui sont réservées aux prises en charge complexes et aux symptômes réfractaires (Déglise, Ruffier, Ascouet, Colombat, & Mallet, 2009).**

Dans les CHU, cette prise en charge est régulièrement confiée aux internes. L'enseignement des soins palliatifs est généralement dispensé au cours de la 5^e année de médecine parallèlement à l'enseignement de la douleur. Lors des stages cliniques réalisés dans les différentes disciplines avant la fin de la 6^{ème} année, peu d'étudiants en médecine sont associés et confrontés à la prise en charge des personnes en fin de vie. Par ailleurs, une minorité d'étudiants est accueillie dans les services spécialisés que sont les Unités Fixes et Equipes Mobiles de Soins Palliatifs qui sont, soit non accessibles, soit considérées comme stages facultatifs. Ainsi lors de leur prise de fonction en tant qu'interne, ces jeunes médecins n'auront pas ou peu l'expérience clinique de la prise en charge des patients en fin de vie et de

leurs proches. Or, les internes sont amenés à rencontrer parfois de manière brutale des situations médicales particulièrement difficiles.

Les études montrent ainsi que différents déterminants comme la difficulté des situations palliatives (létalité des maladies, décès), l'annonce du diagnostic, le manque de soutien ou encore les caractéristiques du travail ou de l'organisation jouent sur la santé psychique des soignants (Asai et al., 2007; de Bonnières et al., 2010; Koh et al., 2015) et chez les internes notamment en termes de burnout (Blanchard et al., 2010; Le Ray-Landrein et al., 2016; Prins et al., 2007). Toutefois, il apparaît des différences de niveaux de burnout entre spécialités, mêmes si les résultats ne sont pas consistants (Ishak et al., 2009).

Compte tenu des situations particulières auxquelles sont confrontés les internes de médecine, il nous semble intéressant de nous pencher sur la question de leur vécu subjectif et du leur burnout. En conséquence, l'étude des répercussions psychologique chez les internes de la prise en charge des patients en soins palliatifs terminaux suppose des examens complémentaires qui font l'objet de cette recherche.

Nous posons comme hypothèses (a) que les internes évoqueront des plaintes concernant les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans le cadre de leurs rencontres avec des personnes en soins palliatifs. En ce qui concerne le burnout des internes, nous posons comme hypothèses (b) que le burnout sera plus intense chez les internes en dernière année de formation en comparaison de leurs homologues plus jeunes et (c) que le burnout sera plus important chez les internes en médecine en comparaison de leurs collègues en chirurgie.

Méthode

1. Participants

La population de cette étude est composée de 149 internes, toutes spécialités confondues, travaillant au contact direct de personnes en fin de vie. Nos sujets exercent dans 2 centres

hospitalo-universitaires des pays ligériens. Ils ont tous participé volontairement à cette recherche, de manière anonyme et sans rétribution. Par ailleurs, leurs caractéristiques sociodémographiques sont comparables à celles que l'on retrouve sur le plan national (Observatoire-National-de-la-Démographie-et-des-Professions-de-Santé, 2008).

Les internes suivent pour 70% des spécialités médicales et 30% des spécialités chirurgicales, ils sont répartis uniformément du 2^{ème} au 8^{ème} semestre, et un peu moins nombreux à partir du neuvième semestre, reflétant les statistiques habituelles.

Un tableau synthétique présente plus en détail les caractéristiques de notre population (cf. tableau 1)

Tableau n°1

2. Matériel

Questionnaire d'appréhension des difficultés et plaintes des internes.

Nous avons créé un questionnaire destiné à appréhender les plaintes et les difficultés relatives au travail des internes. Il a été élaboré sur la base d'une revue de la littérature consacrée aux difficultés, souffrances ou plaintes les plus souvent évoquées par les personnels médicaux. Il est composé de 49 items déclinés autour de cinq axes :

- Le vécu des situations palliatives par les internes ;
- Les caractéristiques personnelles ;
- Le soutien reçu par les internes ;
- Le contexte de travail ;
- L'annonce du diagnostic ;

L'inventaire de burnout de Maslach (MBI)

Nous avons utilisé la version française de l'Inventaire de Burnout de Maslach ou MBI (Dion & Tessier, 1994). Il s'agit d'un outil comportant 22 items avec une échelle de fréquence Likert

en 7 points, de 1 (jamais) à 7 (tous les jours). Cet instrument mesure les trois patterns de symptômes du burnout :

- L'épuisement émotionnel comporte neuf items, par exemple, « Je me sens émotionnellement vidé par mon travail ».
- Le désinvestissement est constitué de cinq items comme : « je sens que je m'occupe de certains patients comme s'ils étaient des objets ».
- La réduction de l'accomplissement-efficacité personnel contient huit items par exemple : « Je m'occupe très efficacement des problèmes des patients ».

La limite en ce qui concerne l'interprétation du burnout avec le MBI concerne son absence de score global. Pour pallier ce problème, nous avons créé un score global de burnout (Boudoukha, 2006).

Le coefficient de fiabilité interne est suffisant pour les trois sous-échelles (Schutte et al., 2000). De nombreuses études ont aussi évalué la fiabilité test-retest de l'inventaire et il a été conclu que « *les études longitudinales sur le MBI ont montré un fort degré de consistance avec chacune des sous-échelles qui ne diminue pas de manière marquée entre 1 mois et 1 an* » (Schaufeli et al., 2001).

3. Procédure

Nous avons mené cette recherche dans deux centres hospitaliers et universitaires de l'Ouest de la France. Nous avons présenté dans un premier temps l'objectif de notre recherche aux présidents des internats. Après avoir obtenu les listes des adresses des internes relevant de ces établissements hospitalo-universitaires, nous avons mis à leur disposition des dossiers contenant les questionnaires de notre étude. Les dossiers contenaient une lettre de présentation générale, le MBI et le questionnaire traitant des difficultés des internes et enfin une fiche de recensement de quelques données signalétiques.

Nous avons garanti l'anonymat des répondants à travers le mode de recueil. Ainsi, les internes renvoyaient leur questionnaire par courrier ou le déposaient dans la boîte aux lettres de l'internat avec un délai de réponse d'un mois.

Nous avons envoyé 371 dossiers et 160 nous ont été retournés. Le taux de réponse global est de 43% avec un taux de remplissage des items du questionnaire de 94 % à 100 %. Ce taux de retour est important, les recherches utilisant ce type de procédure recevant en général un taux de retour moindre (autour de 20%). Il est justifié par l'avis positif concernant l'enquête chez 70% des répondeurs et par le soutien des collègues médecins.

4. Analyse des données et opérationnalisation des variables

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel Statview pour Windows version 5.0 (1992-1998). Pour l'ensemble des traitements statistiques, nous avons fixé le seuil de probabilité à 0.05 en deçà duquel est rejetée l'hypothèse nulle et considéré l'effet observé comme significatif. Pour les besoins de cette étude, nous avons mené des analyses descriptives concernant les difficultés des internes. Nous avons par ailleurs procédé à des analyses statistiques afin d'étudier l'impact de catégories de variables indépendantes :

- Des variables contextuelles et organisationnelles : il s'agissait des variables spécifiques à l'internat en termes, en termes structurel (spécialité, site, année d'études) et organisationnel (charge de travail, ancienneté).
- Des variables relationnelles : il s'agissait de variables qui concernent la nature et la qualité de la relation entre internes et équipe soignante, entre internes et patients et enfin entre internes et son environnement affectif.

Les caractéristiques de ces variables indépendantes ont été synthétisées dans le tableau n°2.

Tableau n°2

Nous avons étudié, par le biais d'analyse de variance, l'effet de ces deux ensembles de variables sur les niveaux de burnout, global, d'épuisement émotionnel, de désinvestissement et enfin d'accomplissement personnel. A la suite des ANOVA, nous avons utilisé le test de Scheffé pour les analyses *a posteriori*.

3. Résultats

Cette étude a appréhendé deux questions principales. La première, d'ordre qualitatif, a eu trait aux difficultés et aux plaintes évoquées par les internes en raison des situations auxquelles ils sont confrontés. La deuxième, d'ordre quantitatif, a concerné les niveaux de burnout des internes évaluée à partir du MBI.

3.1. Analyses qualitatives : Plaintes et difficultés des internes

Il est ressorti sur le plan global que plus de la moitié des internes (56%) ont jugé que les études médicales les préparaient peu ou pas du tout à la prise en charge des patients en fin de vie. Ils ont d'ailleurs été 4/5^{ème} (80 %) à souhaiter une formation complémentaire en soins palliatifs. Les symptômes les plus difficiles à soulager lors de la prise en charge palliative ont été la dyspnée, l'angoisse, l'agitation, la douleur, la confusion et les vomissements réfractaires.

Les difficultés identifiées par les internes lors de la prise en charge palliative ont été articulées autour de trois domaines, (a) les questionnements autour des décisions médicales d'ordre « éthique » ; (b) les liens avec les patients et leur famille (les relations avec la famille, la communication avec le patient, l'évolution imprévisible, la perspective de la mort) ; et (c) les rapports intra groupe avec les difficultés de l'équipe et enfin la prise en charge médicale *per se*.

Un quart des internes a souvent été confronté à la difficulté de l'annonce diagnostique auprès des patients et de leurs proches et notamment l'annonce des mauvaises nouvelles leur a été

particulièrement difficile. Un sixième du groupe des internes a annoncé régulièrement le décès aux proches et près de la moitié a vécu cette mission particulièrement difficile. Pendant les heures de garde pour la « permanence des soins », l'appel auprès d'une personne en fin de vie qu'ils ne connaissaient pas a été source de grande difficulté pour plus de la moitié. Il a semblé difficile aux internes d'appeler téléphoniquement le médecin senior d'astreinte pour une personne en fin de vie.

La quasi-totalité (93%) des internes a été informée de l'existence de l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP). Ils ont cependant été seulement 1/3 à la solliciter. Parmi ces derniers, ils ont été une grande majorité à s'être sentis soutenus dans leur prise en charge (78 %), de même qu'à penser qu'il aurait été particulièrement intéressant de pouvoir joindre 24 h /24 un médecin formé en soins palliatifs pour recevoir un conseil par téléphone (62 %).

Enfin, suite à une prise en charge palliative qui les aurait déstabilisés, les internes ont en priorité eu recours au dialogue avec l'équipe (expression émotionnelle) puis à l'évitement et enfin l'acceptation.

3.1.3. Analyses quantitatives : les niveaux de burnout des internes.

Sur le plan général, les niveaux de burnout ont été de 15, 73 ($\delta = 8.53$) pour l'épuisement émotionnel, de 9,43 ($\delta = 5.62$) pour le désinvestissement et de 36, 40 ($\delta = 5.69$) pour l'accomplissement-efficacité personnelle. Lorsque l'on a réparti les sujets selon l'intensité du burnout pour chaque sous-dimension (cf. tableau 3), on a noté des niveaux plutôt faibles d'épuisement émotionnel et plutôt modérés de désinvestissement et d'accomplissement personnel.

Effets des variables contextuelles

Nous n'avons pas observé de différences significatives des niveaux de burnout des internes (a) selon le CHU dans lequel ils ont exercé, (b) selon qu'ils ont fait leur internat en médecine ou en chirurgie, (c) selon l'année de leur internat et (d) selon leur ancienneté. Nous n'avons donc pas pu affirmer que les caractéristiques structurelles de l'internat différenciaient les niveaux de burnout des internes.

Sur le plan organisationnel, nous avons noté un effet significatif de la charge de travail perçue sur les niveaux d'épuisement émotionnel ($F_{(2; 145)} = 5,414 ; p = .005$). Les analyses *a posteriori* ont montré que les internes qui estimaient que leur charge de travail élevée, rapportaient des niveaux de burnout plus sévères que leurs collègues la percevant moyenne ($p = 0,027$) ou encore faible ($p = 0,019$).

La définition du rôle de l'interne dans la prise en charge palliative a différencié significativement les niveaux de burnout, global ($t_{147} = 2,679 ; p = .008$), d'épuisement émotionnel ($t_{147} = 2,366 ; p = .019$) et enfin de désinvestissement ($t_{142} = 2,654 ; p = .008$). Dans chaque cas, les internes dont le rôle était plutôt défini, rapportaient des niveaux de burnout inférieurs à ceux de leurs homologues considérant que leur rôle d'interne n'est pas défini.

Effets des variables relationnelles

Relation internes- équipe soignantes

- La disponibilité du sénior n'a pas eu d'effet sur les niveaux de burnout des internes. Que le médecin sénior était peu, assez ou très disponible, les niveaux de burnout (global, épuisement émotionnel, désinvestissement et sentiment d'accomplissement/efficacité) n'étaient pas significativement différents.

- Le respect par l'équipe soignante ressenti par les internes a joué de façon significative sur les niveaux de burnout global ($F_{(2; 146)} = 4,776 ; p = .009$), de désinvestissement ($F_{(2; 146)} = 3,072 ; p = .049$) et tendait vers la significativité pour ce qui est de l'épuisement émotionnel ($F_{(2; 146)} = 2,730 ; p = .068$). Les analyses *post hoc* ont montré que les internes se percevant peu respectés par l'équipe soignante présentaient des niveaux de burnout global ($p = 0.023$) plus sévères que leurs collègues s'estimant très respectés.

Relation internes-patients

- Le suivi des patients a tendu à jouer sur le burnout des internes. Plus spécifiquement, les internes qui assuraient le suivi des patients tendaient à rapporter des niveaux globaux de burnout moins intenses que leurs collègues qui ne l'assuraient pas ($t_{147} = 1.80 ; p = .07$). Cette tendance ne s'est cependant exprimée que sur le niveau global de burnout mais pas sur les trois sous-dimensions.
- Le sentiment subjectif des internes relatif à la prise en charge de patients douloureux n'a pas d'effet sur les niveaux de burnout des internes.
- La perception de la relation des internes face à une personne en fin de vie a eu un effet significatif sur les niveaux de burnout global et de désinvestissement (respectivement $F_{(2; 143)} = 3,724 ; p = .026$ et $F_{(2; 143)} = 5,142 ; p = .007$). Les analyses *post hoc* ont montré que les internes s'estimant peu à l'aise face à des personnes en fin de vie rapportaient des niveaux de burnout global ($p = 0.039$) et de désinvestissement ($p = 0.010$) supérieurs à ceux des internes s'estimant moyennement à l'aise face aux personnes en fin de vie.

En ce qui concerne la létalité, nous avons étudié l'effet de l'annonce du diagnostic grave au patient, à la famille et enfin, l'annonce d'un décès aux proches. Nous n'avons pas observé d'impact significatif de l'annonce d'un diagnostic grave aux patients ou encore d'un décès

aux proches sur les niveaux de burnout des internes. L'annonce d'un diagnostic grave à la famille, quant à elle, a différencié les niveaux de burnout, global ($t_{146} = 2,510 ; p = .013$) et de désinvestissement ($t_{146} = 2,718 ; p = .007$). Les internes ressentant de la difficulté à annoncer un diagnostic grave à la famille ont rapporté des niveaux de burnout global et de désinvestissement significativement plus intenses que leurs collègues plus à l'aise face à cette problématique.

Enfin, l'empiétement des problématiques professionnelles de l'interne dans son environnement affectif a exercé un effet significatif sur les niveaux de burnout, global ($F_{(2; 146)} = 3,476 ; p = .033$) et d'épuisement émotionnel ($F_{(2; 146)} = 4,554 ; p = .012$). Les internes dont l'entourage affectif reprochait parfois « de ramener les problèmes de l'hôpital » à la maison rapportaient des niveaux de burnout global (0.044) et d'épuisement émotionnel (0,030) plus sévères que leurs homologues qui ne recevaient pas ce type de reproche.

Discussion

Nous avons fait le choix de discuter nos résultats autour de deux axes, le premier **concerne les difficultés face à la fin de vie et le deuxième les répercussions de cette prise en charge, soulevant des niveaux modérés de burnout dans notre échantillon. En effet, nous ne validons pas nos hypothèses en ce qui concerne le burnout.**

Les difficultés de la prise en charge des personnes en fin de vie : Faire face à l'indicible de la mort ?

La prise en charge des personnes en fin de vie nécessite d'articuler à la fois des compétences techniques, des méthodes pédagogiques et des capacités psychiques. Sur le plan technique et scientifique, les internes ne semblent pas manquer de connaissances pour la prise en charge de la fin de vie, validant la qualité de la formation initiale. En ce qui concerne les méthodes, les formations continues et le travail avec l'équipe pluridisciplinaire apportent des outils

pédagogiques qui permettent aux futurs médecins de nouer une relation empathique et pédagogique avec les personnes en fin de vie (Pronost & Tap, 1997). La grande majorité des internes de notre échantillon juge toutefois que les études médicales ne les préparent pas à la prise en charge palliative à l'instar de certaines études (Joly, Lainé, Déchette, & Haas, 2010).

Il apparaît cependant que les internes lors de cette prise en charge palliative sont principalement confrontés à des questionnements psychiques relatifs à la mort interrogeant plus particulièrement la rationalité en médecine. L'annonce d'un diagnostic grave, voire létal, au patient ou aux proches ou l'annonce du décès aux familles est une situation particulièrement éprouvante ou difficile pour les internes (Jind et al., 2010). **Si dans notre étude, l'annonce n'a pas un effet sur les niveaux de burnout**, elle donne lieu au recours au médecin-senior et de manière plus large l'équipe soignante.

Toutefois, ce sont les problèmes d'ordre éthique telles les décisions d'arrêt des traitements ou des soins curatifs qui les mettent en difficulté (Pochard et al., 1999). En effet, ces réflexions sur la nécessité de poursuivre des traitements et comme conséquence probable à terme, la mort du patient, confrontent l'interne à des croyances personnelles et intimes qu'il est souvent difficile à exprimer au sein d'une équipe pluridisciplinaire. La prise en charge des personnes en fin de vie souligne en définitive une contradiction majeure dans la fonction même du soignant en soins palliatifs : alors qu'il est formé depuis de nombreuses années à soigner la personne malade, il doit accepter que l'absence de soins **(or soins de confort)** puisse se révéler la prise en charge la plus appropriée. **Selon Frey et al (2015), cela jouerait dans le choix futur de se former aux soins palliatifs.**

Quelles Répercussions psychiques de la relation avec les personnes en fin de vie ?

La prise en charge des personnes en fin de vie semble difficilement vécue pendant la période de l'internat. Toutefois, **il ne s'exprime pas clairement en termes de burnout comme le montre également une étude récente (Puyat et al., 2019)**. Les niveaux de burnout des internes de notre échantillon sont moins sévères que ceux que l'on observe chez des homologues dans des services hospitaliers américains (Ishak et al., 2009; Kemper et al., 2019; Thomas, 2004) mais supérieurs à ceux des internes de recherches des pays émergents (Govêia et al., 2018). **Toutefois, nos résultats sont intéressants en ce qu'ils soulignent trois groupes de variables ayant des répercussions sur la santé mentale des internes, et plus généralement des soignants :**

(a) Les caractéristiques du travail de l'interne.

Plus la charge de travail est importante, plus les niveaux d'épuisement émotionnel sont élevés. Moins ils se sentent soutenu par l'équipe soignante, plus leurs niveaux de burnout sont importants. Enfin, moins le rôle de l'interne est défini, plus les niveaux de burnout augmentent. Ces résultats sont conformes aux données sur le burnout des médecins et des internes et montrent que les caractéristiques structurelles des missions sont importantes et peuvent contribuer à la souffrance psychique (Huang et al., 2019; Kemper et al., 2019; Panagopoulou et al., 2006).

(b) **L**a relation internes/personnes en fin de vie

Les internes moins à l'aise avec la fin de vie ou avec l'annonce d'un diagnostic grave à la famille rapportent des niveaux de burnout global et de désinvestissement les plus élevés. Cependant, quel que soit leur sentiment face à l'annonce d'un diagnostic grave aux personnes en fin de vie ou du décès à un proche, **les niveaux de burnout ne peuvent pas être considérés comme différents dans notre étude**. Il semble donc que la formation initiale et continue, qui

met l'accent sur la phase difficile qu'est l'annonce d'un diagnostic grave au patient ou encore celle du décès aux proches est désormais considérée comme une réalité incontournable du travail du médecin (Des Rosiers, 1991; Moret et al., 2008). **Les internes sont donc confrontés au cours de leurs stages à l'annonce de la mort et selon les situations, pourraient élaborer des stratégies de coping adaptées (Lazarus & Folkman, 1984; Paulhan & Bourgeois, 1995), ou inadaptées (Ouagazzal et al., 2018)**

(c) **La différenciation entre sphère professionnelle et sphère personnelle**

L'empiètement des problématiques professionnelles dans l'univers affectif de l'interne mérite un éclairage complémentaire. En effet, les internes qui s'entendent reprocher de rapporter des problèmes de l'hôpital au sein de leur environnement affectif présentent des niveaux de burnout global et d'épuisement émotionnel les plus sévères. Ce résultat est intéressant, car il montre que les problématiques des soins palliatifs donnent lieu à des questionnements voire des ruminations qui dépassent le cadre du service et donnent lieu à des empiètements dans la sphère personnelle de l'interne (Geurts, Rutte, & Peeters, 1999).. Nous pensons que la morbidité des situations lorsqu'elle est exprimée dans l'espace personnel, auprès de personnes non formées à l'écoute, peut générer des conflits (Rupert et al., 2009).

Conclusion

Notre recherche s'intéresse au vécu subjectif des internes en ce qui concerne la prise en charge de patients en fin de vie en soins palliatifs. Elle montre que les internes rapportent des difficultés et des questionnements relativement à la morbidité et l'éthique des situations rencontrées. **Si les niveaux de burnout sont relativement faibles**, trois ensembles de variables sont discutées. Les variables organisationnelles ont un impact plutôt global sur le burnout, les variables relationnelles ont un plutôt un effet sur le désinvestissement et enfin, la variable relative à la séparation vie professionnelle/personnelle exerce un impact sur l'épuisement

émotionnel. Ces résultats nous indiquent que des études complémentaires croisant traumatisme vicariant et burn-out seraient utiles. Enfin, l'amélioration des soins et l'aide des internes devraient permettre une diminution de leur souffrance tout en les formant à la prise en charge en équipe, et ce, de façon pluri professionnelle.

Références bibliographiques

- Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M., Akizuki, N., Nakano, T., & Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients : A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, 16(5), 421-428. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1002/pon.1066>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap : A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodrigues, M., Xhaard, A., Lorient, Y., Giraud, P., Soria, J. C., & Kantor, G. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents : A comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journal of Cancer*, 46(15), 2708-2715.
- Boudoukha, A. H. (2006). *Etude conjointe du burnout et des troubles de stress post-traumatique dans une population à risques. Cas des professionnels en milieu carcéral.*
- Boudoukha, A. H. (2020). *Burnout et stress post-traumatique* (2^e éd.). Dunod.
- de Bonnières, A., Estryn-Behar, M., & Lassaunière, J.-M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 9(4), 167-176.
- Des Rosiers, G. (1991). La relation pédagogique et la relation médecin/patient. *Psychologie Médicale*, 23(6), 645-647.
- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 26, 210-227.
- Frey, R., Boyd, M., Foster, S., Robinson, J., & Gott, M. (2015). Burnout matters : The impact on residential aged care staffs' willingness to undertake formal palliative care training. *Progress in Palliative Care*, 23(2), 68-74. <https://doi.org/10.1179/1743291X14Y.0000000096>
- Garman, Andrew. N., Corrigan, Patrick. W., & Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction : Evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(n°3), 235-241.
- Govêia, C. S., Cruz, T. T. M. da, Miranda, D. B. de, Guimarães, G. M. N., Ladeira, L. C. A., Tolentino, F. D. S., Amorim, M. A. S., & Magalhães, E. (2018). Association between burnout syndrome and anxiety in residents and anesthesiologists of the Federal District. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 68(5), 442-446. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.02.006>
- Haute Autorité de la Santé. (2017). *Burnout – Repérage et prise en charge.* https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge
- Huang, E. C.-H., Pu, C., Huang, N., & Chou, Y.-J. (2019). Resident burnout in Taiwan Hospitals—And its relation to physician felt trust from patients. *Journal of the Formosan Medical Association.* <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.12.015>
- Ishak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. A. (2009). Burnout during residency training : A literature review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236-242. PubMed. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>

- Jeoffrion, C., & Boudoukha, A. H. (2014). Risques Organisationnels et burn-out. *Santé Mentale, 190*, 30-35.
- Jind, L., Elklit, A., & Christiansen, D. (2010). Cognitive schemata and processing among parents bereaved by infant death. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(4), 366-377.
- Kemper, K. J., Wilson, P. M., Schwartz, A., Mahan, J. D., Batra, M., Staples, B. B., McClafferty, H., Schubert, C. J., & Serwint, J. R. (2019). Burnout in Pediatric Residents : Comparing Brief Screening Questions to the Maslach Burnout Inventory. *Academic Pediatrics, 19*(3), 251-255. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.11.003>
- Koh, M. Y. H., Chong, P. H., Neo, P. S. H., Ong, Y. J., Yong, W. C., Ong, W. Y., Shen, M. L. J., & Hum, A. Y. M. (2015). Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. *Palliative Medicine, 29*(7), 633-642. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1177/0269216315575850>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer.
- Le Ray-Landrein, F., Gillet, N., Colombat, P., & Dubourg, P. (2016). Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho-Oncologie, 10*(3), 211-219. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s11839-016-0586-y>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In H. S. Friedman (Éd.), *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)* (p. 222-227). Academic Press.
- Maslach, Christina, & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout : How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Moret, L., Rochedreux, A., Chevalier, S., Lombrail, P., & Gasquet, I. (2008). Medical information delivered to patients : Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education and Counseling, 70*(1), 94-101. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.09.011>
- Ouagazzal, O., Boudoukha, A. H., Séjourné, A., & Denis, N. (2018). Consommation de substances psychoactives chez les internes : Une stratégie de régulation du stress professionnel ? = Substance use among residents : A way to cope with professional stress? *Annales Médico-Psychologiques, 176*(10), 985-990. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.10.014>
- Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Benos, A. (2006). Burnout in internal medicine physicians : Differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine, 17*(3), 195-200.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M.-L. (1995). *Stress et coping : Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. PUF.
- Pochard, F., Zittoun, R., Hervé, C., & Dhainault, J.-F. (1999). Controverses éthiques concernant l'abstention et l'arrêt des thérapeutiques en réanimation. *Reanimation Urgences, 8*(2), 79-84.
- Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., van de Wiel, H. B. M., Gazendam-Donofrio, S. M., Sprangers, F., Jaspers, F. C. A., & van der Heijden, F. M. M. A. (2007). Burnout among Dutch medical residents. *International Journal Of Behavioral Medicine, 14*(3), 119-125. cmedm.
- Pronost, A.-M., & Tap, P. (1997). Usure professionnelle et formation en soins palliatifs =

Professional burnout and palliative care training. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 75-85. APA PsycInfo.

Puyat, J. H., Leclerc, A., Song, A., Chan, K., Pott, K., Bernard, C., & Rodney, P. (2019). Exposure to deaths and dying and risks of burnout among long-term care staff: A cross-sectional survey. *Palliative Medicine*, 33(6), 717-720. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1177/0269216319833248>

Rupert, P. A., Stevanovic, P., & Hunley, H. A. (2009). Work-Family Conflict and Burnout Among Practicing Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 54-61.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology and Health*, 16, 565-582.

Schaufeli, W. B., & Enzman, D. (1998). *The burnout companion to study and practice*. Taylor and Francis.

Schutte, N., Toppinen, S., Kalimon, R., & Schaufeli, W. B. (2000). The factorial validity of Maslach Burnout Inventory—General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 53-66.

Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *JAMA j. Am. Med. Assoc.*, 292(23), 2880-2889. pcl.

Tableau n°1 : Caractéristiques de notre échantillon.

Table 1: Participants' Characteristics.

| Catégories | Nombre de degrés | Nombre de sujet (<i>n</i>) |
|---------------|---|------------------------------|
| Site | Angers | 77 |
| | Nantes | 72 |
| spécialité | Médecine | 103 |
| | Chirurgie | 46 |
| Année d'étude | 1ere année | 26 |
| | 2 ^{ème} année | 32 |
| | 3 ^{ème} année | 42 |
| | 4 ^{ème} année | 35 |
| | 5 ^{ème} année | 14 |
| Ancienneté | Internes jeunes (1 ^e et 2 ^e année) | 26 |
| | Internes intermédiaires (3 ^e et 4 ^e année d'internat) | 75 |
| | Internes anciens (> 5 ^e année) | 48 |

Tableau n°2 : Nombres de sujets par degrés de nos variables indépendantes

Table n°2: Participants number concerning our variables

| Variables | Nombre de degrés | n |
|--|-----------------------|-----|
| Variables professionnelles | | |
| Charge de travail | Faible | 37 |
| | Moyenne | 54 |
| | Élevée | 57 |
| Rôle de l'interne | Peu défini | 101 |
| | Plutôt défini | 43 |
| Variables relationnelles (relation interne- équipe soignante) | | |
| Disponibilité du sénior | Peu disponible | 29 |
| | Assez disponible | 69 |
| | Très disponible | 51 |
| Respect de l'équipe soignante | Peu respecté | 18 |
| | Assez respecté | 60 |
| | Très respecté | 71 |
| Variables relationnelles (relation internes- patients/famille) | | |
| Prise en charge patient | Absence de suivi | 33 |
| | Présence de suivi | 116 |
| Prise en charge patient douloureux | Peu à l'aise | 53 |
| | Moyennement à l'aise | 83 |
| | A l'aise | 13 |
| Sentiment par rapport à la prise en charge personnes en fin de vie | Pas préparé | 83 |
| | Un peu préparé | 53 |
| | Moyennement préparé | 13 |
| Annonce diagnostic grave patient | Jamais | 25 |
| | Parfois | 65 |
| | Quelque fois | 34 |
| | Souvent | 25 |
| Annonce diagnostic grave famille | Peu à l'aise | 53 |
| | Plutôt à l'aise | 95 |
| Annonce décès aux proches | Jamais | 18 |
| | Parfois | 61 |
| | Quelque fois | 29 |
| | Souvent | 39 |
| Variables relationnelles (vie professionnelle-vie personnelle) | | |
| Reproches relatifs à l'empiétement de problématiques professionnelles dans l'environnement affectif. | Jamais de reproche | 83 |
| | Parfois des reproches | 53 |
| | Souvent des reproches | 13 |

Tableau 3 : Nombre et % de sujets selon les sous-dimensions du MBI

Table 3: Number and % of participants concerning MBI dimensions

| Intensité du Burnout | EE n (%) | D n (%) | EP n (%) |
|----------------------|----------|----------|----------|
| Faible | 88 (59%) | 32 (21%) | 38 (25%) |
| Modéré | 54 (36%) | 74 (50%) | 77 (52%) |
| Sévère | 7 (5%) | 43 (29%) | 34 (23%) |