

La prévalence des mauvais traitements chez les étudiants en médecine durant leurs stages et sa corrélation avec le burnout et la dépression

The prevalence of medical student mistreatment during internships and its correlation with burnout and depression

RODTS G.¹ et KORNREICH C.²

¹Assistante en Médecine générale, Faculté de Médecine, ULB,

²Service de Psychiatrie, CHU Brugmann, ULB

RÉSUMÉ

Introduction : Les étudiants en médecine sont plus à risque de burnout et de dépression que la population de même âge. Ce travail étudie la prévalence des mauvais traitements chez les étudiants de 6^e année de médecine de l'ULB lors de leurs stages et leur corrélation avec les scores de burnout et de dépression.

Matériels et Méthodes : Un questionnaire en ligne anonyme a été envoyé aux étudiants. Il était constitué de 4 parties: Informations démographiques, Mauvais traitements, *Maslach Burnout Inventory* 2-item et Inventaire de dépression de Beck en 13 items. 6 entretiens semi-dirigés ont aussi été réalisés.

Résultats : Sur les 169 étudiants ayant répondu, 89,7 % rapportent avoir été victimes de mauvais traitements à au moins une reprise. 62,9 % des femmes ont été victimes de discriminations et autres violences liées au genre. 36 % des étudiants rapportent avoir subi régulièrement des mauvais traitements par les résidents/professeurs. Les lieux de stage causant le plus de maltraitance sont la chirurgie, les urgences et la gynécologie. Un seuil de burnout était atteint chez 38,5% des étudiants et le seuil de dépression chez 36,7% des étudiants. Il existe une corrélation positive entre les scores de dépression et burnout avec certaines violences.

Conclusion : L'impact des violences sur la santé mentale des étudiants reste peu clair et nécessite plus d'études. Néanmoins ce travail démontre les nombreux mauvais traitements au sein du réseau de stages de l'ULB et devrait motiver la mise en place d'une politique de prévention.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 199-208

Doi : 10.30637/2019.19-061

ABSTRACT

Introduction : Medical students are at higher risk of burnout and depression than age-similar controls from the general population. This study assesses the prevalence of mistreatment among ULB 6th year medical students during their internship and its association with burnout and depression scores.

Materials and Methods : An anonymous online questionnaire was sent to students. It consisted of 4 parts: Demographic Information, Mistreatments, *Maslach Burnout Inventory* 2-item and Beck Depression Inventory short form. 6 semi-directed interviews were also conducted.

Results : Of the 169 students who responded, 89.7% had been mistreated at least once. 62.9% of women had been victims of discrimination and other gender-based violence. 36% of students reported being regularly abused by residents/teachers. The most abusive internships sites are surgery, emergency and gynecology. High burnout is estimated to be present in 38.5% of the student population, while 36.7% reported moderate to severe depression. Some violence was significantly associated with depression scores. There was also a significant correlation between burnout and reported psychological violence.

Conclusions : The impact of violence on the mental health of students remains unclear and more research is needed. Nevertheless, this study shows many abuses within the ULB stage network and should motivate the implementation of a prevention policy.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 199-208

Doi : 10.30637/2019.19-061

Key words : students, medical, mistreatment, depression, burnout

INTRODUCTION

La prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine est estimée à 27%¹. Leurs scores de dépression et de burnout sont plus élevés que dans la population du même âge^{1,2}. En Belgique, à l'Université Libre de Bruxelles et à l'Université de Namur les chiffres pour la prévalence de la dépression oscillent entre 31,5% et 50%^{3,4}. Pourtant, lorsque les étudiants commencent leurs études de médecine, ils présentent un taux plus bas de burnout et de dépression que les autres étudiants⁵. Ces données suggèrent que l'épuisement professionnel trouve son origine dans l'environnement d'apprentissage et de travail^{5,6}. Une des causes décrites serait le « *mistreatment* », traduit dans cette étude par « mauvais traitements », durant les stages. Lorsqu'ils sont récurrents, ces abus infligés à l'hôpital sont associés au burnout⁷ et à la dépression⁸ des étudiants en médecine.

Au Canada, le « graduation questionnaire », une enquête nationale, rapporte que 59,4% des étudiants diplômés en 2018 ont subi au moins une fois des mauvais traitements au cours de leurs études de médecine⁹. En France, une enquête nationale complétée par 1472 personnes rapporte que 40,4% des étudiantes ont subi des pressions psychologiques, 27,5% ont eu des violences verbales et un quart a été confronté à des propos racistes¹⁰. Une autre enquête nationale française révèle que 60,9% des étudiantes en dernière année de médecine ont été victimes de harcèlement ou d'agression sexuelle¹¹.

À ce jour, aucune étude en Belgique n'a été menée sur les mauvais traitements en stage de médecine ni sur la manière dont cela affecte les étudiants. Ce travail cherche donc à établir la prévalence des mauvais traitements chez les étudiants en médecine lors de leurs stages en master dans le réseau ULB et sa corrélation éventuelle avec le burnout et la dépression.

METHODES

Cette étude a été approuvée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Erasme-ULB, avec la référence suivante : P2019/076. Les données ont été recueillies de février à mars 2019.

Enquête

Groupe cible

Afin d'avoir une vision d'ensemble presque complète des stages, le groupe cible était uniquement composé d'étudiants de 3^{ème} master (MA3) de médecine de l'ULB, « diplômables » en 2019. Le lien du questionnaire leur a été envoyé par mail.

Le questionnaire

Le questionnaire en ligne anonyme a été conçu via le site Limesurvey.

Il était constitué de 3 parties :

1. Informations démographiques

Composé des différents items : diplômé en 2019, bénéficiaire d'une bourse, autres études avant médecine,

parent médecin, sexe, année du début des études de médecine, âge, origine, lieu de naissance, statut, habitation, choix de spécialité.

2. Mauvais traitements

La partie du questionnaire relative aux mauvais traitements a été créée en s'inspirant d'autres questionnaires existants^{12,13,14}. Elle était constituée de 6 sous-groupes :

- a. Violences psychologiques et agressions verbales
- b. Violences physiques
- c. Discriminations liées aux genres, harcèlements sexuels et violences sexuelles
- d. Discriminations, harcèlements et autres violences liées à l'origine
- e. Discriminations autres : liées à la religion, orientation sexuelle, croyance, ...

Pour une meilleure compréhension des questions, des définitions, provenant principalement de l'OMS, furent données au début de certains sous-groupes pour les mots suivants : Violences psychologiques, Violences physiques, Harcèlements sexuels, Violences sexuelles et Harcèlement de nature raciale.

f. Mauvais traitements – Autres

Ce dernier groupe de questions demandait à l'étudiant s'il avait vu d'autres étudiants subir des mauvais traitements, pensait avoir fait quelque chose d'immoral pendant ses stages et connaissait les démarches pour rapporter les mauvais traitements.

3. Burnout et dépression

Le Burnout a été estimé par le *Maslach Burnout Inventory* 2 items (2-item MBI)¹⁵ et la dépression a été évalué par l'inventaire de dépression de Beck en 13 items (IDB-SF)¹⁶.

Outils d'analyse

Les données ont été exportées et analysées sur les logiciels Excel et SPSS. Le test statistique Chi² a été utilisé pour comparer les mauvais traitements en fonction du sexe et de l'origine et pour évaluer le lien entre la dépression/burnout et les différents mauvais traitements. Le seuil de signification a été fixé à $\leq 0,05$.

Entretiens semi-dirigés

Grille d'entretien

La grille d'entretien semi-directif a été créée en s'inspirant d'études qualitatives déjà existantes^{17,18}.

Collecte des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des étudiants volontaires en MA3 Médecine, recrutés via le questionnaire en ligne, afin de compléter et approfondir certains domaines du sujet. Le consentement écrit de chaque participant a été recueilli. Les entretiens ont été faits individuellement, en face à face. Ils ont été enregistrés puis retranscrits par la suite et se sont déroulés de février à mars 2019. La taille de l'échantillon a été fixée au cours de l'étude par l'atteinte de la saturation des données.

RESULTATS

Enquête

Démographie

La cohorte de médecine de l'ULB « diplômable » en 2019 est composée de 292 étudiants en MA3. 169 étudiants (116 femmes et 53 hommes) en MA3 ont répondu complètement au questionnaire, ce qui correspond à 57,8 % de la cohorte cible. Ces étudiants ont principalement une origine familiale : Belge (54,4 %), Europe autre que Belgique (23,1 %) et Maghreb (13 %).

Mauvais traitements : prévalence, fréquence, sources et impacts

89,7 % des étudiants interrogés ont déjà subi au moins une fois des mauvais traitements. Les mauvais traitements les plus prévalents sont dans l'ordre les violences psychologiques, les agressions verbales et les discriminations/autres violences liées aux genres (tableau 1).

62,9% des femmes ont été victimes de discriminations et autres violences liées au genre pendant leurs stages. En plus des discriminations liées au genre (62,9 % vs 15,1 % ; $p < 0,001$), elles ont subi significativement plus de violences psychologiques que les hommes (74,1 % vs 52,8 % ; $p < 0,001$). Pour les autres violences, il n'y a pas de différence significative (agressions verbales 59,5 % vs 52,8 % ; $p = 0,50$, violences physiques 3,4 % vs 3,8 % ; $p = 1$, discriminations et autres violences liées à l'origine 12,9 % vs 11,3 % ; $p = 0,81$ et discriminations autres 10,3 % vs 3,8 % ; $p = 0,20$).

26 % des répondants d'origine non belge ont subi des discriminations et autres violences liées à l'origine. En plus de ces discriminations (26 % vs 2,2 % ; $p < 0,001$), ils ont rapporté significativement plus de « discriminations autres » (15,1 % vs 3,3 % ; $p < 0,01$) que les répon-

Tableau 1

Prévalence des mauvais traitements

Question : Avez-vous subi au moins une fois des :	N Oui (%)
▪ Violences psychologiques	114 (67,5 %)
▪ Agressions verbales	97 (57,4 %)
▪ Violences physiques	6 (3,6 %)
▪ Discriminations et autres violences liées au genre	81 (47,9 %)
▪ Discriminations et autres violences liées à l'origine	21 (12,4 %)
▪ Discriminations autres : liées à la religion, orientation sexuelle, croyance	14 (8,3 %)
TOTAL PRÉVALENCE VIOLENCES	149 (89,7 %)

dants d'origine belge. Pour les autres violences, il n'y a pas de différence significative (violences psychologiques 64,4 % vs 69,6 % ; $p = 0,51$, agressions verbales 64,4 % vs 52,2 % ; $p = 0,15$, violences physiques 4,1 % vs 3,3 % ; $p = 1$, discriminations et autres violences liées au genre 47,9 % vs 48,9 % ; $p = 0,1$).

Les 5 types de mauvais traitements les plus prévalents, toutes catégories confondues, sont le fait d'être ignoré (53,7 %), les remarques négatives sur le fait de devenir médecin/sur le cursus (37,8 %), les remarques sexistes (35,66 %), les insultes (31,1 %) et être embarrassé publiquement (28,9 %). Pour chaque violence, les 3 items les plus prévalents, avec des exemples venant des commentaires libres, sont repris dans le tableau 2.

Tableau 2

Types de mauvais traitements les plus prévalents

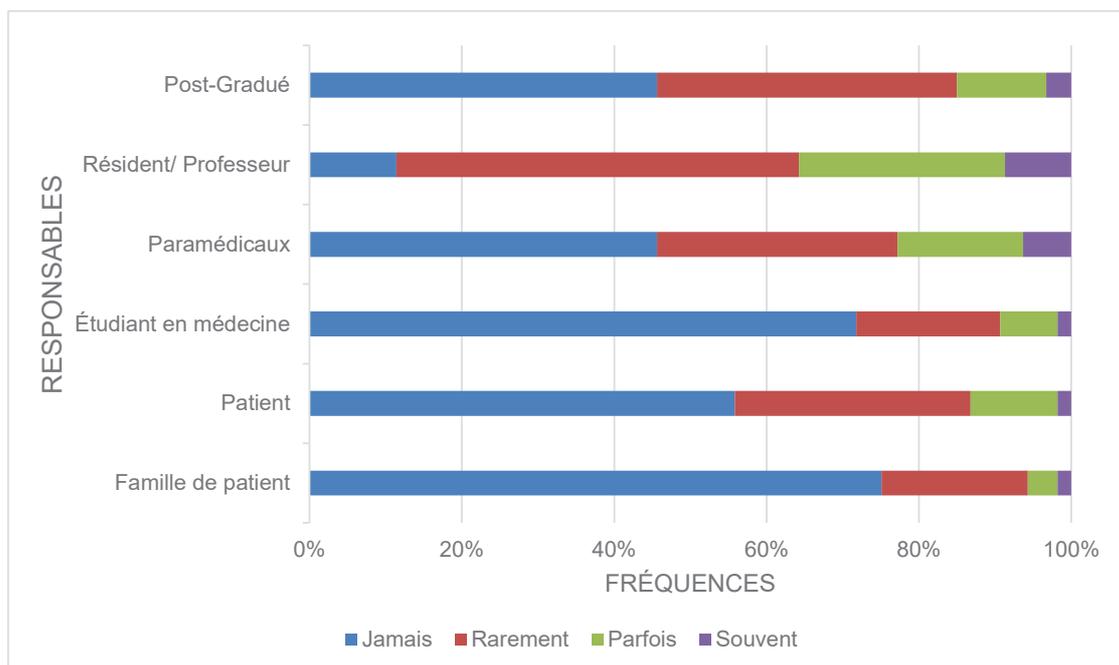
Mauvais traitement	N (%)	Exemples de commentaires libres
Violences psychologiques		
1 Ignoré	95 (83,3 %)	Elle [la PG] m'a ignoré à 100 %, quand on marchait dans les couloirs elle laissait les portes se refermer sur moi
2 Remarques négatives sur le fait de devenir médecin ou cursus	67 (58,7 %)	On me dit que mes choix de spécialisation (médecine générale et dermatologie) sont pour les fainéants qui ne connaissent pas la médecine.
3 Réquisitionné pour des services personnels	47 (41,2 %)	Rappel de garde-salle à Erasme par le PG/résident en plein sommeil à 4 h du matin pour garder son bip le temps qu'il aille chercher ses clopes dans sa voiture.
Agressions verbales		
1 Insulte	55 (56,7 %)	« T'es conne ou t'es conne ? » « Bouge ton cul »
2 Embarrassé publiquement	51 (52,6 %)	Se faire humilier devant tout le bloc opératoire parce que l'on répond mal à une question posée.
3 Humilié	46 (47,4 %)	Un résident m'a présentée comme « l'élément inutile du jour » à un patient et sa famille. Il m'a dit que je ne servais à rien.

Violences physiques			
1	Poussé	5 (83,3 %)	Au bloc opératoire une infirmière et un PG qui m'avaient bousculé en me disant « bouge ».
2	Frappé	2 (33,3 %)	Une patiente en état d'ébriété, avec laquelle je n'avais aucun lien thérapeutique, lors d'un stage aux urgences, a saisi mon col alors que je passais dans le couloir et m'a donné un coup de poing dans la tempe.
Discriminations et autres violences liées au genre			
1	Remarque/insulte sexiste	63 (77,8 %)	Allusion à ma petite taille, étant, je cite, une « bonne hauteur » pour une fellation.
2	Préjudice	27 (33,3 %)	Points inférieurs en GC de pédiatrie à Ixelles pour toutes les filles.
3	Langage corporel dérangeant	25 (30,9 %)	Stage libre : main sur le genou, caresses intempestives sur l'épaule, déshabillée du regard, tout ça lors d'une première consultation.
Discriminations et autres violences liées à l'origine			
1	Humour raciste	17 (80,9 %)	Humour raciste de la part de certains titulaires.
2	Remarque/insulte raciste	14 (66,7 %)	Un chirurgien, connu pour ses remarques fréquentes sur les étrangers/non belges, m'a un jour demandé, en pleine opération, quelles étaient mes origines. Étant métis afro-européen, je lui réponds et il m'a redemandé « Du coup, il se pourrait que vous fassiez des enfants, disons... négroïdes ? ».
3	Préjudice	10 (47,6 %)	Ma note de stage médiocre.
Discriminations autres			
1	Lié à la religion	7 (50 %)	Souvent des questions un peu trop personnelles sur ma relation à l'alcool ou bien « t'es musulmane t'es encore vierge ? ». Des questions très déplacées et durant les attentats, là, c'était le summum.
1	Lié aux caractéristiques personnelles	7 (50 %)	Un chef de clinique pendant que j'étais en stage libre de gynéco m'a dit pendant une salle d'opération devant tout le monde « de toute façon tu aimes te prendre des aiguilles non ? » juste parce que j'avais un piercing.
2	Lié aux croyances	4 (28,6 %)	Cf. lié à la religion.

Les principaux responsables de ces violences, en termes de fréquences, sont en premier lieu les responsables médicaux (résidents/professeurs). En effet, 36 % des étudiants rapportent avoir subi des mauvais traitements à une fréquence de « parfois » à « souvent »

avec les résidents/professeurs, suivis par les paramédicaux (23% de « parfois » à « souvent ») et enfin par les Post-Gradués (PG) (15 % de « parfois » à « souvent ») (figure 1). Dans certaines catégories de mauvais traitements, les ordres peuvent changer.

Figure 1
Fréquences des mauvais traitements par responsables (moyenne de toutes les violences).

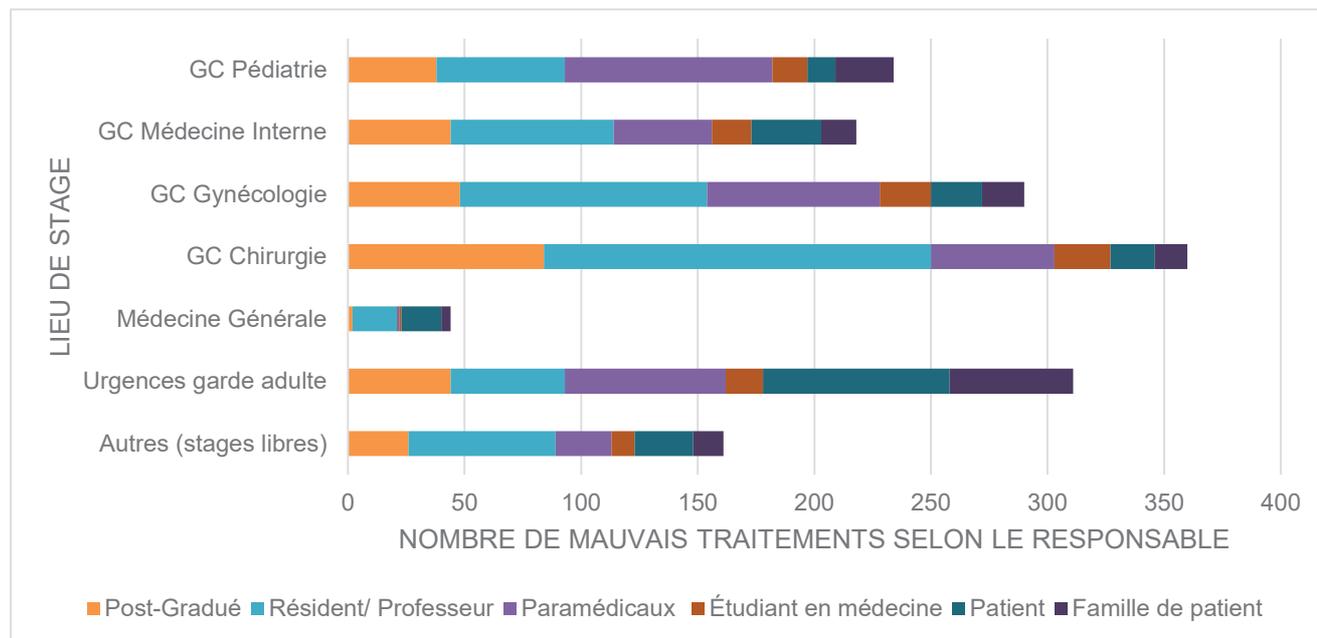


Les lieux de stages causant le plus de maltraitements sont les Grandes Cliniques (GC)ⁱ de chirurgie, suivis par les Urgences puis les GC de Gynécologie. Les responsables des mauvais traitements varient en fonction du lieu de stage (figure 2). De plus, selon la catégorie

de mauvais traitements (psychologique, verbale, physique, ...) l'ordre des lieux de stages causant les mauvais traitements, et les personnes incriminées, changent.

Figure 2

Nombre de mauvais traitements selon le lieu de stage et le responsable (moyenne de toutes les violences).



En moyenne, 27,6 % des étudiants se sont dit « beaucoup » préoccupés par la violence qu'ils avaient endurée, 56,4 % ont été « un peu » préoccupé et 16 % « pas du tout ». Il n'y a pas de différence significative entre les hommes ou les femmes et entre les étudiants d'origine belge et non belge pour cet item.

Enfin, notons également que 85,2 % des étudiants ne connaissent pas les démarches pour rapporter les mauvais traitements en stage.

Burnout et dépression

La prévalence du sentiment d'être en burnout/épuisement professionnel élevé est estimée à 38,5% chez les MA3 médecine. Les personnes d'origine belge sont significativement plus en épuisement élevé que les étudiants d'origine non belge (48,9 % vs 26 % ; $p < 0,004$).

36,7% des étudiants sont actuellement en dépression modérée à sévère selon l'échelle de Beck. Les étudiantes en médecine sont significativement plus en dépression modérée à sévère que les étudiants (44,9 % vs 18,9 % ; $p = 0,001$).

Corrélation entre les mauvais traitements et les scores de burnout et de dépression

Les personnes ayant subi des violences durant leurs stages ne sont pas significativement plus en épuisement sévère que les étudiants n'ayant pas subi de violence. Les personnes ayant subi des violences psychologiques ou des discriminations et autres violences liées au genre sont significativement plus en dépression sévère à modérée que les étudiants n'ayant pas subi une de ces violences durant leurs stages (p-valeur respectivement à $0,006$ et $0,001$). Tous les résultats statistiques sont repris dans le tableau 3.

ⁱ Les Grandes Cliniques sont des périodes de stage de 3 mois entre la 5^e et 6^e année de médecine. Il y a 4 GC : Chirurgie, Médecine interne, Gynécologie et Pédiatrie. À la fin de chaque GC, l'étudiant doit passer un examen.

Tableau 3

Corrélation entre les violences subies et les scores de burnout et de dépression – n (%).

	Score burnout non élevé	Score burnout élevé	P	Pas de dépression ou dépression légère	Dépression moyenne à élevée	P
Violences psychologiques	67 (64,4 %)	47 (72,3 %)	0,315	38 (55,9 %)	49 (79 %)	0,006
Agressions verbales	54 (51,9 %)	43 (66,2 %)	0,08	37 (54,4 %)	44 (71,0 %)	0,07
Violences physiques	2 (1,9 %)	4 (6,2 %)	0,206	3 (4,4 %)	3 (4,8 %)	1
Discriminations et autres violences liées aux genres	48 (46,2 %)	33 (50,8 %)	0,636	25 (36,8 %)	41 (66,1 %)	0,001
Discriminations et autres violences liées à l'origine	13 (12,5 %)	8 (12,3 %)	1	7 (10,3 %)	10 (16,1 %)	0,436

Corrélation entre l'impact des mauvais traitements et les scores de burnout et de dépression

Les personnes qui se sont dites « un peu » ou « beaucoup » préoccupées par la violence psychologique qu'elles avaient subie, sont significativement plus en épuisement sévère (**p=0,001**) que celles qui n'étaient « pas du tout » préoccupées. Il n'y a pas de différence significative pour les autres types de violences (agression verbale p=0,25, violence physique p=0,60, discriminations et autres violences liées au genre p=0,63,

discriminations et autres violences liées à l'origine p=0,12).

Les personnes qui se sont dit « un peu » ou « beaucoup » préoccupées par la violence psychologique ou les agressions verbales qu'elles avaient subies, sont significativement plus en dépression que celles qui n'étaient « pas du tout » préoccupées (p-valeur respectivement à **0,008** et **0,023**). Il n'y a pas de différence significative pour les autres types de violences. Tous les résultats statistiques sont repris dans le tableau 4.

Tableau 4

Corrélation entre l'impact des violences et les scores de burnout et de dépression - n (%).

		Score burnout autre	Score burnout élevé	P	Pas de dépression ou dépression légère	Dépression moyenne à élevée	P
Impact violences psychologiques	pas du tout	18 (26,9 %)	1 (2,1 %)	0,001	11 (28,9 %)	3 (6,1 %)	0,008
	un peu	37 (55,2 %)	29 (61,7 %)		21 (55,3 %)	30 (61,2 %)	
	beaucoup	12 (17,9 %)	17 (36,2 %)		6 (15,8 %)	16 (32,7 %)	
Impact agressions verbales	pas du tout	7 (13 %)	2 (4,7 %)	0,25	8 (21,6 %)	1 (2,3 %)	0,023
	un peu	29 (53,7 %)	22 (51,2 %)		16 (43,2 %)	25 (56,8 %)	
	beaucoup	18 (33,3 %)	19 (44,2 %)		13 (35,1 %)	18 (40,9 %)	
Impact violences physiques	pas du tout	0 (0 %)	2 (50 %)	0,6	2 (66,7 %)	0 (0 %)	0,1
	un peu	1 (50 %)	2 (50 %)		0 (0 %)	3 (100 %)	
	beaucoup	1 (50 %)	0 (0 %)		1 (33,3 %)	0 (0 %)	
Impact discriminations et autres violences liées aux genres	pas du tout	9 (18,8 %)	9 (27,3 %)	0,63	7 (28,0 %)	8 (19,5 %)	0,53
	un peu	29 (60,4 %)	19 (57,6 %)		15 (60 %)	24 (58,5 %)	
	beaucoup	10 (20,8 %)	5 (15,2 %)		3 (12 %)	9 (22 %)	
Impact discriminations et autres violences liées à l'origine	pas du tout	3 (23,1 %)	0 (0 %)	0,12	1 (14,3 %)	1 (10 %)	0,78
	un peu	5 (38,5 %)	7 (87,5 %)		3 (42,9 %)	7 (70 %)	
	beaucoup	5 (38,5 %)	1 (12,5 %)		3 (42,9 %)	2 (20 %)	

Entretiens semi-dirigés

6 entretiens ont été réalisés avec 4 femmes et 2 hommes. La saturation des données a été obtenue à partir de 6 entretiens.

DISCUSSION

89,7 % des étudiants ont subi, au moins une fois, des mauvais traitements lors de leurs stages à l'ULB. Dans la méta-analyse de Fnais *et al.*¹⁹ et dans l'enquête nationale canadienne de 2018⁹, la prévalence des mauvais traitements s'élevait respectivement à 59,6 % et 54,9 % chez les étudiants en médecine.

La différence de résultats avec cette étude pourrait en partie être expliquée par un questionnaire différent. En effet, le questionnaire canadien ne prend pas en compte les violences causées par les patients. De plus, même si la façon dont les questions furent posées était équivalente (par exemple : «Avez-vous subi au moins une fois...»), l'enquête canadienne ne proposait que 16 types de mauvais traitement alors que le questionnaire utilisé ici en comporte 34.

Cependant, l'Amérique du Nord a aussi été précurseur des études concernant la maltraitance des étudiants. En effet, une des premières études sur le sujet date de 1984²⁰. L'Amérique de Nord a donc eu plus de 30 ans pour enquêter, comprendre, élaborer des stratégies pour diminuer les mauvais traitements et mettre en avant des politiques d'aide aux étudiants²¹. C'est ainsi que 93 %⁹ à 97 %¹² des étudiants d'Amérique du Nord étaient au courant que leurs universités disposaient d'une politique concernant les mauvais traitements. Par ailleurs, 80 %⁹ à 88 %¹² des étudiants connaissaient les procédures pour les rapporter. Alors qu'à l'ULB, les chiffres sont diamétralement opposés : 85 % des étudiants en dernière année de médecine n'étaient pas au courant des démarches pour rapporter les mauvais traitements en stage. Enfin, au sein de la Faculté de Médecine, il n'existe aucune politique relative aux violences/harcèlement/intimidation que subissent les étudiants pendant les stages.

Les résultats de notre étude montrent que plus de 6 étudiantes sur 10 (62,9 %) avaient souffert de discriminations et d'autres violences liées au genre pendant leurs stages. Ces données sont superposables à ceux d'une très récente thèse française (61,9 %)¹¹. Il est difficile de comparer ces chiffres à la littérature internationale, car les résultats des études sont très hétérogènes et la prévalence passe de 3 à 93 % d'une étude à l'autre¹⁹. Les mauvais traitements liés au genre sont beaucoup plus élevés en Faculté de Médecine que dans d'autres facultés comme en polytechnique ou en science, une des raisons invoquées étant notamment les violences causées par les patients¹³.

12,4 % de la cohorte étudiée a subi des discriminations et autres violences liées à l'origine. Ce chiffre est en deçà de l'enquête nationale française où 25,7 % des étudiants avaient été confrontés à des propos racistes¹⁰. Dans l'étude de Fnais *et al.*¹⁸, les prévalences variaient entre 3,8 % et 58 % pour une moyenne de 23,7 % de discriminations liées à l'origine.

Un autre point de cette étude visait à déterminer qui provoquait les principales violences. Les responsables les plus cités étaient les résidents/professeurs, autrement dit les responsables médicaux, suivis par les paramédicaux et en 3^e position venaient les post-gradués. L'ordre des responsables est similaire à ce que l'on retrouve dans la littérature^{19,22}.

Dans notre étude, les étudiants devaient aussi spécifier l'endroit des mauvais traitements. Les lieux de stage causant le plus de maltraitances étaient la Grande Clinique de Chirurgie, ensuite les Urgences, puis la Grande Clinique de Gynécologie. La chirurgie suivie par la gynécologie-obstétrique sont également les stages entraînant le plus de mauvais traitements dans la littérature^{19,23,24}. Notons que les Grandes Cliniques ont enregistré beaucoup plus de violences que les stages libres ou que la médecine générale. Comment pouvons-nous expliquer ces résultats ? Selon les entretiens individuels et le livre de Auslender²⁵, l'interne est en bas de l'échelle hiérarchique de l'hôpital ; il est donc pour lui très difficile de se défendre. Les étudiants ont soit peur de représailles s'ils le font, soit que cela ne change pas leur situation^{14,19}. Ils sont donc particulièrement vulnérables. Cette vulnérabilité augmenterait en Grande Clinique car les étudiants y sont tributaires de l'évaluation en fin de stage.

La dépression et le burnout sont un autre aspect évalué dans cette étude. Selon notre étude, 36,7 % des MA3 étaient en dépression allant de modérée à sévère selon l'échelle de Beck. En 2017 déjà, le mémoire de Solibieda avait révélé une prévalence de 31,5 % de dépression modérée à sévère chez les étudiants de BA2 et MA3³. Les étudiantes en médecine étaient significativement plus en dépression que leurs homologues masculins (44,9 % vs 36,7 %), ce qui concorde avec les données internationales²⁵ et bruxelloises²⁶. Comme dans la littérature¹, la prévalence des symptômes dépressifs était plus élevée chez les étudiants en médecine que dans la population générale du même âge. En effet, chez les Bruxellois de 15-24 ans et 25-34 ans, elle n'est estimée qu'à 9 % et 18 %²⁷. Cette étude confirme donc la mauvaise santé mentale des étudiants en médecine de l'ULB.

38,5 % des étudiants interrogés avaient un taux d'épuisement élevé selon l'inventaire du *Maslach Burnout Inventory* (2-item MBI). Curieusement, les étudiants d'origine belge étaient significativement plus en burnout que les étudiants d'origine non belge. L'étude de Dyrbye *et al.*²⁷ avait retrouvé ces mêmes résultats entre les étudiants appartenant à une minorité ou non. La cause de cette différence n'est pas connue²⁷. De manière générale, la prévalence du burnout dans le monde est très variable avec des chiffres oscillant entre 7 et 75,2 %². En effet, la prévalence fluctue selon les facteurs propres à chaque pays, selon l'outil de mesure et le seuil pour diagnostiquer l'épuisement professionnel². Nos résultats se situent donc au milieu de cette très large fourchette. Deux études^{7,29} à méthodologie identique (2-item MBI), obtinrent des scores de burnout inférieurs aux nôtres. La haute prévalence de burnout retrouvée dans cette étude renforce donc le sentiment de la pauvre santé mentale des étudiants en

médecine de l'ULB discutée auparavant.

Les mauvais traitements sont associés à la dépression^{8,22} et au burnout^{7,28}. Chez les étudiants en médecine, le burnout serait plus en lien avec les conditions de travail qu'avec les caractéristiques individuelles⁶. Les climats de stage peu professionnels sont par ailleurs associés au burnout des internes³⁰. Pourtant, nous n'avons pas trouvé dans notre étude de lien significatif entre le burnout et les différentes violences. Dans l'étude de Cook *et al.*⁷, l'épuisement professionnel était en relation avec la récurrence des violences causées par les résidents. La manière dont notre questionnaire a été construit ne nous a pas permis de tester cette hypothèse.

Nous n'obtenons qu'un lien significatif entre le burnout et les étudiants qui se sont dit « un peu » ou « beaucoup » préoccupés par la violence psychologique qu'ils avaient subie. Il se peut donc que ce soit la perception des retentissements émotionnels des violences qui soit déterminante plutôt que les violences elles-mêmes. Les violences psychologiques sont les mauvais traitements les plus signalés. Ce nombre a donné de la puissance au test statistique. Il est donc probable que le lien significatif entre le burnout et les violences psychologiques soit dû à un nombre plus élevé de réponses. Néanmoins, tirer des conclusions sur base d'une unique corrélation est délicat.

Dans l'étude de Franck *et al.*²², les élèves qui se sont dit être déprimés régulièrement ont, en moyenne, rapporté 40 % en plus de harcèlement et de rabaissement que les étudiants qui ont déclaré ne pas avoir été déprimés au cours des quatre dernières semaines. Une autre étude prospective a étudié la dépression chez les étudiants en stage tout au long de l'année⁸ : les mauvais traitements et l'attitude non professionnelle des médecins vis-à-vis des patients furent significativement corrélés à la dépression des étudiants à la fin de l'année. Dans ce travail, seules les violences les plus prévalentes étaient significativement en lien avec une dépression allant de sévère à modérée. Cependant, les étudiants en dépression ont une image très négative d'eux-mêmes et de leur environnement³¹. Ce facteur peut représenter un biais dans l'augmentation du signalement de mauvais traitements et ne permet pas d'identifier clairement le lien de causalité.

Nous avons trouvé plus de résultats significatifs pour la dépression et les mauvais traitements que pour le burnout et les mauvais traitements. La différence peut sans doute être expliquée par le fait que le burnout est principalement lié au milieu de travail. Or, lorsque les étudiants avaient répondu au questionnaire, ils étaient en stage libre ou en médecine générale qui sont les lieux rapportant le moins de mauvais traitements. Ils avaient donc probablement des conditions de travail plus favorables. Une fois le milieu de travail modifié, le burnout n'y était sans doute plus lié.

La haute prévalence d'épuisement chez les étudiants des dernières années de médecine peut être expliquée par le manque de temps personnel, un examen avec un enjeu important (Objectif d'Apprentissages Généraux) et la prise de décision concernant les spécialités. Ces

trois facteurs sont des sources de burnout⁶ et les principales préoccupations des étudiants interrogés lors des entretiens semi-structurés.

Dans l'étude prospective de Haglun *et al.*⁸, le nombre de mauvais traitements rapportés durant l'année était corrélé à une dépression en fin d'année, ce qui laisse à penser que ces violences peuvent avoir un impact sur le long terme vis-à-vis de l'affect dépressif. Les corrélations entre scores de dépression et mauvais traitements rapportés durant les stages pourraient être indicatives d'un impact à long terme de ces mauvais traitements.

SOLUTIONS

Bien qu'une large littérature existe sur les mauvaises conditions de stages, il n'existe que peu d'articles de bonne qualité qui étudient les solutions de cette problématique³². Citons néanmoins l'étude de Smith-Coggins³³ qui explique la politique « Zéro tolérance » que l'Université de Standford a adoptée. Elle est constituée de plusieurs axes :

- 1) La prévention et l'éducation des médecins et étudiants ;
- 2) Différentes façons de rapporter les mauvais traitements, dont des voies confidentielles et/ou anonymes ;
- 3) Des sanctions progressives et croissantes ;
- 4) Élaborer des enquêtes et des études pour monitorer les résultats et développer la recherche.

Un autre modèle intéressant est le programme WE SMILE pour « We can Eradicate Student Mistreatment » de l'Université de Stony³⁴. Ils mettent notamment l'accent sur l'importance de bien définir ce qu'est un « *Mistreatment* » et sur la nécessité de transparence et de communication des données et des résultats. Enfin, la méta-analyse de Mazer³² insiste sur le fait de continuer à s'attaquer à ce problème, et pas seulement en reconnaissant son existence, mais aussi en mettant en place des programmes proactifs pour changer le milieu médical.

LIMITES

L'étude présente un biais de sélection. D'abord, les mauvais traitements n'ont été évalués que par ce qu'en disent les étudiants. Il est possible que les étudiants maltraités aient été plus enclins que les autres à répondre au questionnaire. Ensuite, il n'y avait pas de questions sur les antécédents psychiatriques des participants. Il n'est donc pas possible de discerner les pathologies psychiatriques provoquées par les mauvais traitements des pathologies qui existaient déjà avant le commencement des stages. De plus, nous n'avons investigué que la dépression et le burnout alors que les mauvais traitement peuvent provoquer d'autres problèmes comme l'augmentation de la consommation d'alcool²² et la hausse des idées suicidaires²². En outre, le questionnaire portait sur l'ensemble des années de stages de Master, certains faits remontant parfois à plus de 2 ans. Par conséquent,

il est probable que les étudiants ne se soient pas souvenus de tous les mauvais traitements/remarques qu'ils avaient subis lorsqu'ils complétaient le questionnaire. Par ailleurs, les données ont été recueillies dans une seule université. Ainsi, ces résultats ne peuvent

pas être généralisés, chaque université disposant de lieux de stages spécifiques avec des exigences et des objectifs propres à chacun. Enfin, le nombre d'entretiens semi-structurés a été limité.

CONCLUSION

Ce travail est une première cartographie des très (et trop) nombreux mauvais traitements au sein du réseau de stages de l'ULB; ceux-ci sont principalement causés par les responsables médicaux (résidents/professeurs) et dans le monde chirurgical. L'impact de ces violences sur la santé mentale des étudiants reste peu clair. À notre connaissance, ce travail est la première étude belge sur ce sujet. Nous espérons qu'il engendrera une prise de conscience dans le monde médical belge et que celle-ci permettra de voir émerger des politiques de prévention afin de diminuer la prévalence des mauvais traitements rapportés durant les stages de médecine.

Conflits d'intérêt : néant.

REFERENCES

1. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C *et al.* Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *JAMA*. 2016; 316: 2214-36.
2. Erschens R, Keifenheim KE, Herrmann-Werner A, Loda T, Schwille-Kiuntke J, Bugaj TJ *et al.* Professional burnout among medical students: Systematic literature review and meta-analysis. *Med Teach*. 2019;41(2):172-183.
3. Solibieda A. Les facteurs de risque du suicide chez le médecin sont-ils applicables à l'étudiant en médecine? [Mémoire de Master d'Université, Médecine]. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, Faculté de Médecine, 2017.
4. Berrewaerts J., Deseilles M. Etat des lieux du stress et de la dépression chez les étudiants de 1ère et 2ème année de médecine. *Acta Psychiatr Belg*. 2015;2(116):16-26.
5. Brazeau CMLR, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C *et al.* Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med*. 2014;89:1520-5.
6. Dyrbye L., Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Mededuc*. 2016;50:132-49.
7. Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Acad Med*. 2014;89:749-54.
8. Haglund MEM, aan het Rot M, Cooper NS, Nestadt PS, Muller D, Southwick SM *et al.* Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Acad Med*. 2009;84:258-68.
9. Association of Faculties of Medicine of Canada. (Consulté le 18/04/2019). Canadian Medical School Graduation Questionnaire: All Schools Summary Report [Internet]. https://afmc.ca/sites/default/files/2018%20AFMC%20GQ_English.pdf
10. Lazimi G, Duguet A, Auslender V, Granger B, Catoire P, Ronai E. Les violences faites aux femmes. Enquête nationale auprès des étudiants en médecine. *Médecine*. 2014;10:83-8.
11. Zou Al Guyna L. Violences sexuelles au cours des études de médecine: Enquête de prévalence chez les externes d'Ile-de-France. [en ligne] [Thèse de Master d'Université, Médecine générale]. Paris: Université Paris Diderot Faculté de Médecine; 2018 [consulté le 22/04/2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01941154/document>
12. Association of American Medical Colleges. (Consulté le 18/04/2019). Medical School Graduation Questionnaire: All Schools Summary Report [Internet]. <https://www.aamc.org/download/490454/data/2018gqallschoolssummaryreport.pdf>
13. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ*. 2005;5:36.
14. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O *et al.* Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *J Gen Intern Med*. 2006;21:212-8.
15. West CP, Dyrbye LN, Sloan JA, Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *J Gen Intern Med*. 2009;24:1318-21.
16. Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgrad Med*. 1972;52:81-5.
17. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. *Med Educ*. 2006;40:150-7.
18. Provost A-SL, Loddé B, Pietri J, Parscau L de, Pougnet L, Dewitte JD *et al.* Souffrance au travail des étudiants en médecine étude qualitative par entretiens semi-dirigés. *Rev Med Brux*. 2018;39:6-14.
19. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M *et al.* Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med*. 2014;89:817-27.
20. Rosenberg DA, Silver HK. Medical Student Abuse: An Unnecessary and Preventable Cause of Stress. *JAMA*. 1984;251:739-42.
21. Mavis B, Sousa A, Lipscomb W, Rappley MD. Learning about medical student mistreatment from responses to the medical school graduation questionnaire. *Acad Med*. 2014;89:705-11.
22. Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ*. 2006;333:682.
23. Breed C, Skinner B, Purkiss J, Opaskar A, Santen SA, Reddy R *et al.* Clerkship-Specific Medical Student Mistreatment. *MedSciEduc*. 2018;28:477-82.

24. Nora LM, McLaughlin MA, Fosson SE, Stratton TD, Murphy-Spencer A, Fincher R-ME *et al.* Gender Discrimination and Sexual Harassment in Medical Education: Perspectives Gained by a 14-school Study. *Acad Med.* 2005;77:1226.
25. Auslender V, Dejourns C, Fleury C, Godeau E, Lazimi G. *Omer-ta à l'hôpital : le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé.* 1st ed. Editions Michalon: Paris, 2017.
26. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ.* 2016;50:456-68.
27. Institut scientifique de santé publique (Consulté le 12/04/2019). Enquête de santé 2013 Rapport : santé et bien-être résumé des principaux résultats [Internet]. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf
28. Dyrbye LN, Thomas MR, Eacker A, Harper W, Massie FS, Power DV *et al.* Race, Ethnicity, and Medical Student Well-being in the United States. *Arch Intern Med.* 2007;167:2103-9.
29. Tackett S, Wright S, Colbert-Getz J, Shochet R. Associations between learning community engagement and burnout, quality of life, and empathy among medical students. *Int J Med Educ.* 2018;9:316-22.
30. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate. *Academic Medicine.* 2010;85:S33.
31. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA.* 2010;304:1181-90.
32. Mazer LM, Bereknyei Merrell S, Hasty BN, Stave C, Lau JN. Assessment of Programs Aimed to Decrease or Prevent Mistreatment of Medical Trainees. *JAMA Netw Open.* 2018;1:e180870.
33. Smith-Coggins R, Prober CG, Wakefield K, Farias R. Zero Tolerance: Implementation and Evaluation of the Stanford Medical Student Mistreatment Prevention Program. *Acad Psychiatry.* 2017;41:195-9.
34. Fleit HB, Iuli RJ, Fischel JE, Lu W-H, Chandran L. A model of influences on the clinical learning environment: the case for change at one U.S. medical school. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):63.

Travail reçu le 18 octobre 2019 ; accepté dans sa version définitive le 5 novembre 2019.

CORRESPONDANCE

G. RODTS
Maison médicale Calendula
Rue de l'Église St Martin, 55 - 1083 Bruxelles
E-mail : grodts@ulb.ac.be