

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

AP : Accomplissement Personnel

BDI: *Beck Depression Inventory*

BM : *Burn-out Measure*

BOS : *Burn Out Syndrome*

CAMES : Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur

CARMF : Caisse Autonome des Retraites des Médecins de France

CH : Centre Hospitalier

CHN : Centre Hospitalier National

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} édition

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DP : Dépersonnalisation

DSM IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition*

EE : Epuisement Emotionnel

EGPRN: *European General Practice Research Network*

FMC : Formation Médicale Continue

IMG : Internes en Médecine Générale

LDL : *low density lipoprotein*

LOC : *Locus of control*

MBI : *Maslach Burn-out Inventory*

MG: Médecins Généralistes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto- Rhino- Laryngologie

p : probabilité d'erreur ou risque alpha

PAIMF : Programme Institutionnalisé d'Aide aux Médecins en France

PAIMM : Programme « Attention Intégrale » aux Médecins Malades

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

PCEM : Premier Cycles des Etudes Médicales

RR: Risque Relatif

SEP : Syndrome d'Epuisement Professionnel

SNPHAR : Syndicat National Des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-
Réanimateurs

SR : Sexe Ratio

TCEM : Troisième Cycles des Etudes Médicales

URLM : Union Régionale des Médecins Libéraux

URLM IDF : Union Régionale des Médecins Libéraux Ile De France

USA : *United States of America*

WHLs: *Work Hours Limitations*

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des d'étudiants selon les tranches d'âge	36
Figure 2 : Répartition des étudiants selon la situation matrimoniale	37
Figure 3 : Répartition des étudiants selon le nombre d'enfants à charge	37
Figure 4 : Répartition des étudiants selon la pratique ou non d'une activité ludique	38
Figure 5 : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude.....	39
Figure 6 : Répartition des étudiants selon le score d'épuisement émotionnel	41
Figure 7: Répartition des étudiants selon le score de dépersonnalisation	42
Figure 8 : Répartition des étudiants selon le score d'accomplissement personnel	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Version française du Maslach Burn-out Inventory	33
Tableau II : Répartition des étudiants selon la spécialité	40
Tableau III : Relation entre âge et syndrome d'épuisement professionnel	43
Tableau IV : Relation entre sexe et syndrome d'épuisement professionnel	44
Tableau V : Relation entre situation matrimoniale et syndrome d'épuisement professionnel	44
Tableau VI : Relation entre nombre d'enfants à charge et syndrome d'épuisement professionnel	45
Tableau VII : Relation entre loisir et syndrome d'épuisement professionnel	46
Tableau VIII : Relation entre niveau d'étude et syndrome d'épuisement professionnel	46
Tableau IX : Relation entre spécialité et syndrome d'épuisement professionnel	47
Tableau X : Relation entre type de spécialité et syndrome d'épuisement professionnel	48
Tableau XI : Nombre d'heures de travail et syndrome d'épuisement professionnel	49
Tableau XII : Relation entre le nombre de gardes et syndrome d'épuisement professionnel ..	50
Tableau XIII: Fréquence du syndrome d'épuisement professionnel	56

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

1. Définition	3
2. Historique	4
3. Concepts du <i>burn-out syndrome</i>	8
3.1. L'épuisement émotionnel (EE)	8
3.2. La dépersonnalisation (DP)	9
3.3. La diminution de l'accomplissement personnel (AP)	9
4. Signes cliniques du <i>burn-out syndrome</i>	10
4.1. Symptômes somatiques	10
4.2. Symptômes comportementaux	10
4.3. Symptômes de la sphère émotionnelle et affective	11
4.4. Symptômes cognitifs	11
5. Facteurs favorisants et facteurs protecteurs	11
5.1. Facteurs de personnalité	12
5.2. Facteurs sociodémographiques	12
5.3. Facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine	14
5.4. La charge de travail	15
5.5. Organisation et lieu de la pratique.....	15
5.6. Relations avec les collègues et soutien social	17
6. Conséquences du <i>burn-out syndrome</i>	17
6.1. Au niveau personnel.....	17
6.2. Au niveau professionnel.....	19
7. Evaluation du <i>burnt out syndrome</i>	21
8. Prévention et prise en charge	21
8.1. Promotion de la santé	22
8.2. Prévention primaire	22
8.3. Prévention secondaire	24
8.4. Prise en charge curative.....	25

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1. Cadre de l'étude	26
2. Méthodologie	32
2.1. Type et période d'étude.....	32

2.2.	Population d'étude.....	32
2.3.	Critères d'inclusion	32
2.4.	Critères de non inclusion.....	32
2.5.	Collecte des données	33
2.6.	Saisie et analyse des données	34
3.	Résultats	36
3.1.	Résultats descriptifs.....	36
3.1.1.	Effectif.....	36
3.1.2.	Caractéristiques générales	36
3.1.3.	Profil professionnel	38
3.1.4.	Le Syndrome d'Epuisement Professionnel	41
3.2.	Résultats analytiques	43
3.2.1.	Age et syndrome d'épuisement professionnel	43
3.2.2.	Sexe et syndrome d'épuisement professionnel	43
3.2.3.	Situation matrimoniale et syndrome d'épuisement professionnel	44
3.2.4.	Nombre d'enfants à charge et syndrome d'épuisement professionnel.....	45
3.2.5.	Loisir et syndrome d'épuisement professionnel	45
3.2.6.	Niveau d'étude et syndrome d'épuisement professionnel	46
3.2.7.	Spécialité et syndrome d'épuisement professionnel	47
3.2.8.	Relation entre nombre d'heures de travail et syndrome d'épuisement professionnel	49
3.2.9.	Nombre de gardes et syndrome d'épuisement professionnel.....	49
4.	Discussion	51
4.1.	Limites de l'étude.....	51
4.2.	Méthodologie	51
4.3.	Caractéristiques sociodémographiques	53
4.4.	Caractéristiques professionnelles	54
4.5.	Evaluation du burn-out chez les étudiants inscrits en spécialisation	55
4.6.	Facteurs associés au <i>burn-out</i>	58
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS		63
REFERENCES.....		68
ANNEXES		

INTRODUCTION

Décrit par le psychanalyste américain E. Freudenberger en 1974 [31] , puis par la psychologue américaine C. Maslach en 1976 [53] dans leurs études des manifestations d'usure professionnelle, le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) ou *Burn-out syndrome (BOS)* peut toucher tous les secteurs d'activités, mais il semble que les « professions aidantes » où sont observées des réactions d'intense fatigue et d'usure, comme les professions d'avocats, d'enseignants, et les professions médicales, soient les plus exposées [68]. En effet, l'évolution du système de santé, confronté à des enjeux sanitaires, économiques et culturels nouveaux, influe sur les pratiques et les représentations des différents acteurs. La demande de soin est en constante augmentation alors que les moyens humains et financiers sont en baisse [43]. La gestion financière, administrative, juridique, logistique prend de plus en plus de place dans une activité professionnelle où les cas médicaux se complexifient scientifiquement et où les patients sont de plus en plus exigeants. La santé n'est plus une aubaine, mais un dû : « Les médias donnaient un tel écho aux miracles de la médecine qu'une mort ne pouvait être naturelle... C'était forcément la faute de quelqu'un ». Cet ensemble de circonstances augmente les sources de stress et diminue le sens de l'accomplissement des soignants. C'est dans cet environnement que se déroule l'apprentissage des spécialités médico-chirurgicales par les étudiants, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). C'est une période stressante, pendant laquelle ces derniers doivent acquérir, au prix de longues heures de travail, les connaissances et les pratiques fondamentales pour faire face à leurs futures responsabilités professionnelles.

Malgré les nombreuses études s'y intéressant dans le monde, peu d'entre elles mettent en lumière la problématique du *burn-out* chez les étudiants en médecine en Afrique, notamment au Sénégal.

L'objectif général de notre étude était d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en cours de spécialisation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dakar au Sénégal.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- déterminer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en spécialisation;
- évaluer leur degré d'épuisement professionnel ;
- déterminer les facteurs aggravants et protecteurs ; et
- envisager des solutions concrètes pour faire face à ce problème.

Dans une première partie, nous effectuerons une revue de la littérature sur le syndrome d'épuisement professionnel, nous rapporterons ensuite les résultats de notre travail dans la deuxième partie et nous finirons par une conclusion et des recommandations.

PREMIERE PARTIE :
RAPPELS

1. Définition

Il existe de nombreuses définitions du syndrome d'épuisement professionnel (SEP), ou *burn-out syndrome (BOS)* pour les anglo-saxons [1, 15, 29].

La principale définition retenue est celle de C. Maslach et S.E. Jackson[54, 55]. Elle a été retenue en partie du fait de l'association du concept à un outil de mesure reconnu sur le plan international, le Maslach *Burn-out Inventory* (MBI)[54, 55]. Selon cette dernière, le *burn-out* est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement professionnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. Il est caractérisé par une triade regroupant : l'épuisement émotionnel ou sentiment d'épuisement des ressources émotionnelles, la dépersonnalisation qui se manifeste sous forme de cynisme et de détachement dans les relations interpersonnelles et enfin l'altération du sentiment d'accomplissement personnel caractérisée par le sentiment d'être moins compétent sur le plan professionnel.

Actuellement, trois expressions à tonalité différente sont utilisées au niveau mondial pour nommer le syndrome :

- **Syndrome d'Epuisement Professionnel (SEP) :** C'est le terme qui s'est imposé en langue française. D'autres termes, comme « usure professionnelle » ou « usure au travail », sont également utilisés et mettent l'accent sur la notion d'évolutivité et de progression du phénomène[93].
- ***Burn-out syndrome (BOS)* :** terme anglais ; le verbe *to burn-out* peut signifier : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop forte d'énergie, de forces, de ressources. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé, dont toute la matière aurait disparu. L'image inspirée de l'industrie aéronautique demeure la plus évocatrice: le terme de « *burn-out* » désigne l'épuisement

de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine [93].

- **Karoshi:** terme japonais ; c'est un terme à connotation violente qui signifie « mort par excès au travail » (*Karo*= mort, *shi*= fatigue au travail). Ce terme reflète la culture japonaise, gouvernée par la notion du bien collectif avec, pour le salarié, la notion de sacrifice de soi élevé, pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. Il s'agit de « Vivre et mourir » pour l'entreprise, tant la pression, le souci d'excellence, le profit et la rentabilité dominant. Ce terme s'éloigne de la relation d'aide et de son usure pour davantage prendre en compte les conséquences, parfois mortelles, des conditions de travail [93].

2. Historique

- Précurseurs

En 1768, le médecin suisse S. Tissot constate les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Il est considéré comme l'un des précurseurs d'une psychopathologie du travail, et son approche était essentiellement basée sur la prévention au travail [83].

En 1959, C. Veil développe l'idée de l'épuisement professionnel en décrivant les états d'épuisement au travail [91]. Ce psychiatre et médecin du travail français débute dans le premier centre de la réinsertion sociale et professionnelle de la Sécurité Sociale, puis se spécialisera dans la médecine du travail. Il constate des états d'épuisement « qui n'entrent pas dans la nosographie psychiatrique classique », et qui se développent chez les professionnels travaillant dans le cadre d'une relation à l'autre. Il écrit « la maladie sera considérée comme le franchissement d'un seuil de désadaptation, au-delà d'une marge de tolérance ». Pour lui, « le travail intéressant ne fatigue pas », et ainsi « quand la joie cède à la peine, le travail devient fatigue » [91].

- 1974 : Première description du *Burn-out*

Le syndrome d'épuisement professionnel proprement dit ou *burn-out* est décrit pour la première fois dans les années 70, par le psychanalyste américain H. Freudenberger, chez des soignants des *free clinics* (Hôpitaux de jour accueillant des toxicomanes), très investis professionnellement et émotionnellement auprès des patients, dans le *Lower East Side* de New York [31]. Il débute ses observations après avoir remarqué que nombre de ces bénévoles finissent par perdre toute motivation après environ un an d'activité.

Le terme *burn-out* représente pour H. Freudenberger une métaphore efficace pour désigner l'ensemble des symptômes qu'il observe. En 1980, il justifie l'utilisation de ce terme métaphorique : « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens étaient parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » [30].

Pour H. Freudenberger, les facteurs individuels ont une place considérable dans le développement du *burn-out* puisque selon lui, ce sont les individus engagés et dévoués à une cause qui sont frappés par le *burn-out*. Le *burn-out* apparaît comme étant « la maladie du battant » [29].

- 1976 : Validation du Concept

Il est repris par de nombreux auteurs dont le Pr C. Maslach, psychologue américaine et chercheuse en psychologie sociale, devenue référence internationale et comptant parmi ceux qui ont contribué à imposer le concept et à asseoir sa validité. En 1975, à San Francisco, elle a mené des recherches sur les stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle et a défini deux concepts [53, 77] :

- l'inquiétude distante (*detached concern*) : pour un médecin, il s'agit de l'attitude idéale combinant compassion et détachement

émotionnel. Le médecin est soucieux du bien-être du patient, mais également attentif à maintenir la distance suffisante pour éviter une implication trop forte ;

- l'objectivation comme auto-défense (*dehumanisation in self-defence*): il s'agit de se protéger du débordement émotionnel en considérant les personnes comme « des cas, des symptômes, des maladies, ... ».

Armée de ces concepts théoriques, Maslach va alors démarrer un programme de recherche auprès de la profession médicale et particulièrement en santé mentale [53, 62]. Ces recherches aboutirent aux résultats suivants :

- les expériences émotionnelles sont le plus souvent une source de stress (patients difficiles, en souffrance, confrontation aux familles, annonces de diagnostics, conflits avec les collègues etc.),
- les professionnels en santé mentale sont incapables d'atteindre un « détachement » suffisant, ils adoptent des attitudes négatives envers les patients, et
- ils interprètent des expériences émotionnelles comme des échecs, doutent de leurs capacités à travailler en tant que soignant, déprécient leurs compétences...) [77].

Pour C. Maslach, à l'inverse de H. Freudenberger qui insistait sur les facteurs personnels, les causes du *burn-out* se situent dans l'environnement de travail. Elle identifie les trois dimensions du *burn-out* (l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et la diminution de l'accomplissement personnel). Après avoir effectué ces recherches et analysé plusieurs travaux du même genre, elle crée en 1980 le *Maslach Burn-out Inventory (M.B.I.)*, qui est un outil d'évaluation de référence du *burn-out* [55]. Dès le début des années 80, la définition et la conceptualisation du syndrome permettent la publication des premières recherches systématiques.

- Autres conceptions initiales du *burn-out*

C.Cherniss, psychologue américain décrit le *burn-out* comme un concept dynamique; il est le produit d'une interaction entre l'individu et son environnement qui ne sont plus des entités séparées mais des composantes d'un processus évolutif dans lequel ils interagissent mutuellement et continuellement[16]. Le *burn-out* provient d'un déséquilibre entre les ressources de l'individu et les exigences au travail et, ce déséquilibre résulte des écarts entre les attentes et la réalité du terrain. Dans ce modèle, les sources de stress proviennent à la fois de l'environnement et de l'individu. Pour C. Cherniss il s'agit d'un processus en plusieurs étapes : perception du stress, réponse émotionnelle au stress, changement de l'attitude et du comportement. Il considère le *burn-out* comme un *coping* (moyens de faire face) défensif[16].

D'après A.M. Pines, psychologue organisationnelle clinique et sociale israélienne, le travail représente une quête existentielle [67].Elle décrit le *burn-out* comme une incapacité à trouver une signification existentielle dans son travail. Il est alors l'état final d'un processus graduel de désillusion après un état initial de motivation et d'implication élevé : « pour être « consumé », « il faut d'abord avoir été « enflammé ». Pour A.M. Pines, le *burn-out* ne survient pas simplement parce que l'utilisation des compétences est entravée mais pour une raison plus profonde : l'impossibilité d'utiliser ses compétences prive l'individu de la signification qu'il recherche dans son travail. La perception que, quels que soient les efforts, l'impact ne sera pas suffisamment significatif [67].

- Evolution des recherches

Initialement, les études sur le *burn-out* se limitaient exclusivement aux professionnels de l'aide mais, depuis, une extension à tous les individus au travail a été faite. En effet, pour M.P. Leiter et W.B. Schaufeli, « le *burn-out* est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail ». Les emplois psychologiquement « engageants » épuisent les ressources cognitives, émotionnelles et physiques »

[44]. Aujourd'hui, il est admis qu'il existe plusieurs formes de *burn-out*. L'écart entre les attentes des professionnels et la réalité quotidienne dans le monde du travail est toujours considéré comme source de *burn-out*. Par contre, la nature du *burn-out* peut changer si la nature des pressions qui s'exercent sur l'individu change [25]. Les individus doivent faire face à un environnement changeant avec une accentuation de pressions externes, une multitude d'obligations, des exigences croissantes, une limitation dans les actions, un pouvoir décisionnel moindre. Le *burn-out* est multiforme. Pour exemple, des degrés élevés de *burn-out* ont été retrouvés à la fois chez des médecins qui jugent trop fort leur investissement auprès des patients mais également chez les médecins qui jugent leur investissement trop faible [85, 87].

Ainsi, du 18^{ème} siècle à nos jours le concept de syndrome d'épuisement professionnel s'est enrichi par plusieurs recherches menées à travers le monde et il connaît un essor considérable depuis les années 70.

3. Concepts du *burn-out* syndrome

Le syndrome complet se compose de 3 phases ou sous-dimensions progressivement évolutives [52, 55]. Il tire sa spécificité des relations étroites qu'entretiennent ces 3 sous-dimensions du *burn-out*.

3.1. L'épuisement émotionnel (EE)

Il se traduit par une sensation de vide et l'apparition d'une fatigue affective au travail, non améliorée par le repos. L'individu atteint une sorte de « saturation émotionnelle » et n'est plus en mesure d'accueillir une émotion nouvelle. Extérieurement, on peut observer des explosions émotionnelles (rires, larmes, colère). Paradoxalement, cet épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un hyper-contrôle des émotions. Dans la littérature américaine, cet état est décrit sous le nom de « John Wayne syndrome » [14], à l'image du soignant

impassible et capable d'assumer les souffrances humaines sans cilier. Pour la plupart des auteurs, c'est la composante clef du syndrome. Cet évitement relationnel va alors conduire à la deuxième phase du *burn-out*, la dépersonnalisation [8].

3.2. La dépersonnalisation (DP)

La dépersonnalisation ou cynisme est une tendance à la déshumanisation de la relation à l'autre. Ce terme utilisé dans le *burn-out* ne doit pas être confondu avec l'acception psychiatrique française du mot où la dépersonnalisation représente un ensemble de symptômes appartenant à la schizophrénie. Issue du mot anglais « *depersonalisation* », dans le cadre de l'épuisement professionnel, sa signification est tout autre : l'individu se détache avec cynisme et développe une attitude négative et insensible envers les autres, conduisant à des relations froides et distantes. Il développe une représentation stéréotypée et impersonnelle du patient. Ce dernier est traité comme un objet. On estime que cette attitude est une stratégie qui permet de faire face à l'épuisement professionnel. Vidé de son énergie, incapable de répondre aux demandes du patient, le professionnel bloque l'empathie qu'il peut éprouver à l'égard du patient. C'est donc un mode de protection qui permet au sujet de continuer à réaliser son travail, mais qui est ressenti douloureusement comme une forme d'échec personnel et professionnel conduisant à la troisième phase du *burn-out* [58].

3.3. La diminution de l'accomplissement personnel (AP)

C'est la résultante des deux autres phases. Ainsi apparaissent démotivation, culpabilité et auto-dévalorisation. Naît alors un profond sentiment d'échec par rapport à un idéal de réussite professionnelle. L'individu pense ne plus être à la hauteur des exigences de sa profession. Si chez la plupart des sujets on observe un désinvestissement au travail, chez d'autres on note un surinvestissement professionnel appelé « présentéisme » totalement inefficace [51].

4. Signes cliniques du *burn-out syndrome*

Le *Burn In* est l'étape préliminaire à l'instauration d'un *BOS*. Il est défini par un « présentéisme »[19] : présence excessive de l'individu sur son lieu de travail conduisant à un véritable surmenage. Pour être brûlé extérieurement (*BOS*), il faut d'abord avoir été motivé, s'être voué à son travail et donc brûler « au sens positif » intérieurement. Si l'individu ne surmonte pas ces moments de stress, du *Burn In*, découle le *BOS* [42]. Il s'agit d'une attitude qui caractérise plutôt le débutant, avec des attitudes chimériques, des espoirs irréalistes, une attente inadaptée à la gravité ou à la chronicité des troubles. Tout cela est associé à un surinvestissement dans sa fonction propre et à un très important niveau d'énergie consacré aux soins, d'où cette notion de "brûlure". L'individu qui s'essouffle a l'impression que le travail va remplir sa vie et combler toutes ses carences, ce qui explique une importante déperdition d'énergie qui contraste avec le peu d'efficacité constatée [6].

Un ensemble de symptômes variés et aspécifiques peut être observé chez les patients souffrant de *burn-out*. Ces symptômes peuvent être regroupés en 4 catégories [39].

4.1. Symptômes somatiques

Ils appartiennent essentiellement au domaine des maladies dites « psychosomatiques »: fatigue, lassitude, céphalées, troubles digestifs (météorisme abdominal, diarrhées, constipation, douleurs gastriques), troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie), sensibilité aux infections (ORL, grippales), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, variations pondérales importantes).

4.2. Symptômes comportementaux

Ils comprennent : agitation, pseudo-activisme, entêtement, omnipotence (pouvant mener à des conduites à risque pour soi ou pour autrui), ou au contraire

apathie, retrait, isolement. Les abus médicamenteux, d'alcool ou de toxiques sont fréquents, à visée anxiolytique ou pour soulager les somatisations.

4.3. Symptômes de la sphère émotionnelle et affective

Ils regroupent : irritabilité, labilité émotionnelle, sensibilité accrue aux frustrations, susceptibilité, méfiance, tristesse voire désespoir.

4.4. Symptômes cognitifs

Ils comportent diminution de l'attention, de la réflexion et de la créativité, des difficultés mnésiques, des troubles du jugement, une incapacité à prendre une décision.

La critique principale, encore à ce jour, c'est que le syndrome d'épuisement professionnel manque d'homogénéité et d'unité. Les psychiatres dénoncent une symptomatologie non spécifique, pouvant recouvrir plusieurs champs diagnostiques tels que : troubles de l'adaptation, troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles psychosomatiques, voire troubles de la personnalité de type névrotique [93].

A ce jour, les classifications psychiatriques internationales ne reconnaissent pas le *burn-out* en tant qu'entité nosographique pathologique. Le SEP n'a pas été retenu par le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^{ème} révision publié en 1994 par la Société américaine de psychiatrie) en tant que nouvelle catégorie diagnostique des troubles mentaux. Certains auteurs évoquent le risque de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques qui prendraient le masque d'un épuisement professionnel [38]. A noter que le *burn-out* peut se compliquer d'un réel trouble psychiatrique en particulier de dépression.

5. Facteurs favorisant et facteurs protecteurs

D'après H. Freudenberger et G. Richelson, le syndrome d'épuisement professionnel se développe chez des individus particuliers : ceux qui ont une image idéalisée d'eux-mêmes, se perçoivent dynamiques, charismatiques,

particulièrement compétents et finissent par perdre le lien avec leur soi véritable[30]. Dans cette conceptualisation du *burn-out*, les facteurs individuels se voient attribuer un rôle important dans le développement du syndrome d'épuisement professionnel, car ce sont des individus engagés et dévoués à une cause qui sont le plus frappés par le phénomène.

5.1. Facteurs de personnalité

Il est possible de distinguer les traits de personnalité réputés stables, supposés transmis génétiquement, des caractéristiques acquises et susceptibles d'évoluer au cours de l'interaction et des transactions entre l'individu et la situation. Une notion semble essentielle, si ce n'est fondamentale : la personnalité intervient dans la perception du stress et dans sa gestion [27].

Pour L.A. Pervin et O.P. John, les traits de personnalité renvoient à la stabilité des façons d'agir, de penser et de ressentir. Selon ces auteurs : « le concept de trait réfère à la consistance des réponses individuelles dans une variété de situations » [66]. Et un individu est supposé se comporter de manière relativement constante au fil du temps et dans toutes les situations.

5.2. Facteurs sociodémographiques

- **Le genre**

Plusieurs auteurs ont recherché le lien entre le *burn-out* et le genre ou le statut marital [26, 39, 42, 93], mais les résultats sont contradictoires. Plusieurs études concordantes ont néanmoins montré que les hommes étaient plus atteints de dépersonnalisation[12, 42, 81] et les femmes d'épuisement émotionnel[12, 26, 39]. Mais il s'agit uniquement d'une tendance et pas d'un lien direct de causalité.

- **L'âge et l'ancienneté professionnelle**

Une pointe de *burn-out* est cependant observée dans certaines études dans les premières années d'insertion professionnelle [34, 57]. Ce pic est compatible avec les jeunes volontaires de la *free clinic* de Freudenberg[29], ainsi qu'avec les premiers travaux de Maslach [52] qui rapporte l'apparition du *burn-out* dans les deux premières années chez les infirmières en psychiatrie et entre 2 et 4 ans pour les travailleurs sociaux. Une des principales explications avancées à ce constat est la confrontation à l'écart entre les attentes, parfois idéalisées, des jeunes professionnels et la réalité quotidienne [9, 29]. Le fait de constater l'absence de progression du *burn-out* avec l'âge et les années d'exercice cumulées peut étonner. Pour expliquer l'absence de taux élevés à un âge plus tardif, les hypothèses suivantes ont été émises [93]:

- une révision des aspirations,
- une diminution de l'engagement,
- une acquisition et un renforcement progressif des compétences, et
- une acquisition des moyens et capacités de faire face.

Il faut inclure dans ce raisonnement hypothétique, la réorientation professionnelle, l'abandon de la profession par les professionnels épuisés et la mise à la retraite anticipée par invalidité, décès, parfois par suicide [93].

- **Le statut socio-affectif**

Les difficultés d'ordre affectif dans sa vie privée sont subies surtout par les médecins séparés (12,1 % vs 4 % pour les couples et 6,5 % pour les célibataires) et les hommes (6,1 % vs 4 % des femmes) [33]. De manière générale, une situation personnelle stable et satisfaisante, ainsi qu'un épanouissement personnel sont des facteurs d'équilibre réels qui ne peuvent que retentir positivement sur l'individu au travail, qu'il vive seul ou en couple [93].

Il réside un intérêt considérable dans la reconnaissance et la compréhension de ces facteurs individuels, ainsi que de leur potentiel évolutif. Il émerge de

nombreuses applications dans la prévention face au *burn-out*, qui sont par ailleurs des moyens de défense accessibles à tous.

A coté des facteurs individuels, il existe des facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine [35].

5.3. Facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine

On distingue au sein des facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine : les relations avec les patients et les facteurs relatifs aux soins.

- **Relations avec les patients**

Le modèle de la relation paternaliste idéalisée a lentement évolué depuis plusieurs décennies pour aboutir à une relation contractuelle où le soignant et le patient travaillent ensemble contre la maladie [87]. Cette relation dépend de l'équilibre entre les efforts fournis par le médecin (temps, énergie) et les bénéfices reçus qu'ils soient d'ordre financier, professionnel ou moral [33]. L'attitude des patients est un facteur souvent incriminé dans l'épuisement professionnel des médecins. Les médecins qui souffrent de *burn-out* ou de dépersonnalisation estiment que les patients se montrent exigeants [11, 36], formulent des demandes irréalistes, remettent en question leur autorité et leurs connaissances médicales, et ils craignent les plaintes des patients [21].

La confrontation répétée avec des patients exigeants sur une longue période de prise en charge, induit une perception de déséquilibre d'investissement et un manque de réciprocité dans la relation [4, 84], ce qui épuise les ressources émotionnelles des médecins. C'est la perception de ce déséquilibre plus que l'exigence réelle qui est associée au *burn-out* [4].

- **Facteurs relatifs aux soins**

Les facteurs spécifiques à la profession médicale tels que l'incertitude concernant le diagnostic, le traitement du patient [36] et la prise en charge de certaines catégories de patients, comme les patients en fin de vie [21], sont associés au *burn-out* ou à une de ses composantes. Aussi les progrès de la

médecine ont conduit le médecin à considérer que l'impossibilité de guérir un individu n'est plus dans la normalité mais est un échec. Il en vient à en oublier que la mort fait partie de la vie [9]. Les soignants travaillant dans des services d'oncologie ou confrontés à des décès répétés sont plus souvent atteints de *burn-out* [7].

Cependant, selon C. Maslach et M.P. Leiter, les dysfonctionnements majeurs n'appartiennent pas à l'individu lui-même, mais à son environnement de travail : le *BOS* est avant tout le résultat produit par des contextes situationnels, même si ce phénomène se traduit essentiellement au niveau de l'individu [56].

5.4. La charge de travail

La surcharge de travail est un facteur objectif, dont l'incidence sur le *burn-out* est bien connue [11, 21, 36]. D. Truchot retrouve une association entre le nombre de consultations journalières et l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation [89]. La charge de travail peut être quantitative (horaires chargés, nombre de patients ou effectif réduit) ou qualitative (sensation de bâcler son travail). A noter qu'à l'inverse, la sous charge de travail a également été identifiée comme pouvant occasionner un épuisement professionnel [29].

5.5. Organisation et lieu de la pratique

La charge de travail est un pourvoyeur important d'épuisement professionnel, mais ne suffit pas à elle seule à l'expliquer. De nombreux facteurs relatifs à l'organisation et aux conditions de travail ont été relevés comme étant liés à la survenue du *burn-out*.

- **L'interruption de l'activité professionnelle**, par un évènement extérieur (avis, urgence, téléphone) favorise le stress et l'épuisement. Ce phénomène est fréquent et évalué entre 10 et 25% en milieu hospitalier [9, 50, 86].

- **L'ambiguïté des rôles**

C'est une conséquence directe du manque d'effectif dans les structures hospitalières. Il s'agit pour le médecin d'endosser un autre rôle que le sien, ceci au détriment de son propre travail. Plus un individu considère son rôle comme ambigu, plus il est susceptible de développer les manifestations du *burn-out* [9].

- **Lourdeur administrative et conflit de rôles**

Le conflit de rôle apparaît lorsque le travail est en contradiction avec les valeurs de l'individu, ou l'oblige à réaliser plusieurs tâches incompatibles. D. Truchot montre que ce conflit engendre du stress, de l'agressivité, une insatisfaction au travail, des difficultés à prendre des décisions, une augmentation de la pression artérielle et du rythme cardiaque [85].

- **L'accroissement des recommandations de bonne pratique, ou des tâches non médicales**

Gestion et administration sont représentées comme un fardeau pour le médecin et sont parfois difficilement compatibles avec son rôle de soignant [26, 59]. L'étude de Galam montre que parmi les causes d'épuisement professionnel, l'excès de « paperasserie » est montré du doigt par 96% des médecins et l'augmentation des contraintes collectives par 88% d'entre eux [33].

- **Le lieu de travail et les conditions matérielles**

La qualité des locaux (espace, bruit, éclairage, température) peut être mise en cause : une étude a ainsi retrouvé un lien entre épuisement et nuisances sonores chez les internes [26].

- **L'avancée technologique impressionnante des dernières décennies**

Elle a permis un progrès considérable dans le monde médical, mais nécessite pour le soignant d'acquérir rapidement de nouvelles connaissances pour se former et savoir utiliser ces outils. Cette acquisition doit se faire parallèlement à son travail habituel et peut entraîner un sentiment de manque de temps ou engendrer des erreurs, pouvant gêner la bonne prise en charge des patients [9, 71].

5.6. Relations avec les collègues et soutien social

Le soutien social est décrit comme provenant de quatre sources : les supérieurs hiérarchiques, les collègues, le conjoint et les proches. Le soutien par les supérieurs hiérarchiques serait protecteur du *burn-out* [45, 74]. Ce résultat a été retrouvé dans une étude réalisée chez des internes : le plus fort taux d'épuisement professionnel a été remarqué chez des internes qui ne se sentaient pas soutenus par leurs collègues [69]. Des relations tendues et conflictuelles sont associées à un épuisement professionnel plus élevé, alors que de bonnes relations avec les confrères sont associées à un sentiment d'accomplissement personnel supérieur [21]. Le *burn-out* semble contagieux, que ce soit par « exposition directe » à la souffrance ou en raison d'une susceptibilité à la contagion émotionnelle. On ne sait cependant pas si c'est le nombre de collègues en *burn-out* ou le nombre de contacts avec un/des collègue (s) en *burn-out* qui joue un rôle [3].

Finalement l'apparition d'un *BOS* chez un individu est probablement liée à l'association de traits de personnalité avérés et de facteurs environnementaux propices, sachant que tout individu quel qu'il soit, est menacé de *BOS* s'il est exposé à un contexte professionnel pathogène.

6. Conséquences du *burn-out syndrome*

6.1. Au niveau personnel

- **Conséquences physiques**

Des chercheurs se sont intéressés à la physiopathologie du *BOS* et ses conséquences physiques à long terme. Dans une étude cas-témoins [60], le *BOS* était associé à une augmentation du risque de développer une maladie coronaire chez les hommes (OR =3,1) et les femmes (OR =3,4). Les hypothèses soulevées pour expliquer cette observation étaient : un dysfonctionnement métabolique avec augmentation du cholestérol total, du LDL cholestérol et des triglycérides,

un suivi médical négligé, un sommeil perturbé, une dérégulation de l'axe hypothalamique avec augmentation du cortisol [61].

- **Détérioration des relations privées**

Le *burn-out* se limite initialement à la sphère professionnelle, ce qui le distingue à ce niveau d'un état dépressif débutant. Mais à un stade avancé, les effets du *burn-out* installés débordent sur la sphère privée. D'après Maslach [52, 53], le *burn-out* engendre des divorces, un isolement social et amical et se répercute sur l'éducation des enfants.

- **Comportements addictifs**

Dans l'étude francilienne réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) [33], les médecins menacés par le *BOS* sont plus enclins à consommer alcool et tabac que les médecins non menacés par le *BOS* ainsi que des médicaments (18,3% vs 2%). Dans l'enquête *European General Practice Research Workshop (EGPRN)* [80] (3500 questionnaires distribués dans 12 pays européens, 1393 médecins généralistes inclus), il est également montré que les médecins en *BOS* augmentent leur consommation de tabac, d'alcool et de psychotropes.

- **Dépression-suicide**

Les médecins connaissent plus de troubles psychiatriques et de décès par suicide que la population générale. Certaines études ont retrouvé un lien entre le *burn-out*, la dépression [46, 70], et les idéations suicidaires [23]. En 1973, en Californie, Rose et Rosow [73] mettent en évidence un doublement du risque suicidaire des médecins par rapport au reste de la population générale. Ils lancent un signal d'alerte et demandent une sensibilisation au phénomène. Entre les années 80 et 90, un bon nombre d'études se succèdent et confirment un taux de suicide plus important chez les médecins que dans la population générale. Un

recensement rétrospectif sur 35 ans (1949-1983) effectué en Angleterre en 1986 par *Office of population and surveys* regroupe toutes les études internationales réalisées sur le sujet [17, 75]. Carpenter, lors d'une étude sur la mortalité des médecins hospitaliers en Grande Bretagne en 1997 [10], va conclure à un excès de mortalité par suicide chez les médecins femmes et une mortalité supérieure toutes causes confondues chez les médecins Psychiatres, dont le RR de suicide est de 1,46. En France, une étude nationale sur les suicides des médecins a été menée par Léopold en 2003 [48] à la demande du Conseil de l'Ordre du Vaucluse devant ce constat alarmant : 11 suicides sur 22 décès de médecins généralistes actifs recensés sur ce département sur une période de 5 ans. Les résultats furent un taux de suicide multiplié par 3 chez les médecins par rapport à la population générale : 14% versus 5,4%.

La prévalence de l'épuisement professionnel des médecins, son retentissement, ainsi que les taux alarmants de suicide au sein de la population médicale, constatée partout dans le monde, nous amènent à croire qu'il existe probablement un lien entre l'épuisement professionnel et le suicide des médecins. D'autant plus que les conséquences de l'EP (isolement, addiction, dépression..) sont considérées comme facteurs de risque de suicide.

6.2. Au niveau professionnel

- **Qualité des soins**

Le *burn-out* contribue à augmenter l'insatisfaction au travail[94]et diminue l'engagement [72]. Il est à l'origine d'une altération de la relation avec les patients, et en particulier une perte d'empathie. Les médecins en *burn-out* répondent moins bien aux questions des patients,ils appréhendent les responsabilités, ils n'intègrent plus l'avis du patient dans les démarches thérapeutiques et commettent des erreurs qu'il n'est pas possible d'attribuer à leur manque de connaissance ou d'expérience [79]. D'après l'Etude de Truchot

en 2003 [88], les médecins généralistes qui ont un niveau d'épuisement émotionnel (EE) élevé prennent des décisions moins coûteuses en temps, en énergie et en investissements futurs. Le phénomène est décuplé en présence de patients non compliant. Dans une étude américaine réalisée dans sept universités [22], il apparaît que les étudiants en *burn-out* sont plus à risque de présenter des attitudes dites « non professionnelles » (tricher à un examen, déclarer normal un élément de l'examen physique non vérifié, etc.) que les étudiants ne souffrant pas de *burn-out* (35 % vs 21,9 %, odds ratio 1,89 ; 95 % - IC : 1,59-2,24).

- **Absentéisme**

Chez les médecins en *BOS*, on note une majoration de l'absentéisme et du nombre de jours d'arrêt de travail[80]. Les maladies psychiatriques, l'éthylisme et/ou la toxicomanie sont la première cause d'invalidité chez les médecins français d'après la Caisse autonome des retraites des médecins de France (CARMF) et augmentent d'année en année (37,94% en 2005, 42% en 2007). À noter que les arrêts de travail répétés des médecins et/ou internes souffrants accentuent la charge de travail de leurs confrères de proximité augmentant d'autant leur risque de *BOS* [42].

- **Abandon et reconversion**

Dans l'enquête *European General Practice Research Workshop* [80], un peu plus d'un tiers des répondants (32,4 %) ont déclaré avoir l'intention de changer de métier. L'enquête de l'URML IDF [33] montre que 50,6% des Médecins Généralistes (MG) franciliens souhaitent modifier profondément leur exercice ou même changer de profession. Dans l'enquête de Truchot en Poitou-Charentes [86], 4% des médecins disent vouloir changer de métier dans l'année et 32,5% envisagent de le faire sans préciser de date. Ceux qui souhaitent changer ont des scores élevés de *BOS*. Le travail de Zeter montre des résultats équivalents: 3,74% des médecins souhaitent changer de travail dans l'année, 33,1% souhaitent changer de travail plus tard. Abordant les raisons invoquées par les

médecins pour changer de travail, Zeter cite l'organisation du travail et les risques qui y sont associés [95].

Les conséquences physiques et psychologiques du *BOS*, retentissant tant au niveau personnel que professionnel, montrent à quel point le *burn-out* est destructeur, d'où la nécessité de l'évaluer.

7. Evaluation du *burnt out syndrome*

Un certain nombre de tests de psychologie du travail permettent d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel dans la pratique quotidienne. Cependant, les méthodes d'évaluation « à large portée » sont connues à travers 2 échelles : le *Maslach Burn-out Inventory* (MBI) essentiellement et le *Burn-out Measure* (BM) de Pines. Ce dernier évalue surtout la composante « épuisement émotionnel ». Il est fiable et simple à utiliser. Mais le test le mieux validé est le *Maslach Burn-out Inventory* (MBI) parce qu'il évalue les 3 dimensions du *burn-out*. Il s'agit d'un questionnaire validé, dont la première publication date de 1981, par S. Jackson, M. Leiter et C. Maslach [54]. Il s'agit d'un outil diagnostique qui a été publié en anglais américain et a été traduit en plusieurs langues dont le français avec plusieurs adaptations dans le cadre des études sur différentes professions (infirmière, médecins, travailleurs sociaux).

Les versions existantes sont le MBI à 22 items et à 3 sous-échelles et le MBI-GS à 16 items qui est la version applicable à toutes les professions.

8. Prévention et prise en charge

Une prise en charge efficace s'insère dans une stratégie globale qui assure un continuum d'interventions depuis la promotion de la santé (ciblant les problèmes systémiques et la qualité du milieu de travail), la prévention primaire (ciblant les risques possibles de survenue des problèmes, au niveau individuel), la prévention secondaire (dépistage précoce des problèmes qui s'installent et intervention) jusqu'à la prise en charge curative (traitement de problèmes

établis) et au suivi (stabilisation de l'état de la personne, abstinence de consommations de substances addictives, réinsertion dans la vie professionnelle...) [40].

8.1. Promotion de la santé

Une dizaine de mesures ont été proposées en France en direction des institutions [33]:

- réduire le temps de carence en cas d'arrêt de travail,
- prise en compte du risque « accident du travail »,
- améliorer la protection sociale des médecins. Lors de l'Etude URML Ile de France réalisée par Galam, 97% des médecins interrogés, sont en demande d'une amélioration de la protection sociale pour les médecins [33] ,
- reconnaître ce syndrome comme maladie professionnelle pour les médecins,
- reconnaître la pénibilité de la profession en fonction de certains critères à préciser,
- préciser les projets professionnels des internes et des jeunes médecins, les inciter à s'installer par des mesures qui ne seraient pas uniquement financières, et
- en direction de la population : informer le public et les médias sur l'importance, la complexité, les contraintes et les limites de l'action du médecin.

8.2. Prévention primaire

Il existe aujourd'hui de plus en plus de formations spécifiquement ciblées sur la prévention de l'épuisement professionnel : gestion du stress, prévention des risques psycho-sociaux dont l'efficacité a été prouvée [28]. Les mesures suivantes sont préconisées :

- Adopter une « hygiène de vie professionnelle », ménageant des temps de repos et de détente pour préserver cet outil de soins qu'est le médecin. Aux USA, en juillet 2003, est votée une loi visant à limiter les heures de travail hebdomadaires à 80 heures pour les internes : *WHLs pour work hours limitations* [37]. Une étude publiée en 2010 montre également que laisser plus de temps libre aux internes pour les activités personnelles a un impact positif sur l'autosatisfaction et la qualité des soins [13]. Un soutien des supérieurs hiérarchiques est également essentiel pour le bien-être des internes [76] ;
- Informer les étudiants en médecine et les médecins sur les risques psychosociaux de leur profession. En Belgique, en chaque début d'année universitaire, est organisée une rencontre pour les étudiants en médecine de première année. Cette rencontre intitulée « La Formation Médicale : les deux côtés de la médaille » est une présentation de la profession et de l'exercice médical, comme il en existe dans d'autres facultés universitaires en Europe [33] ;
- Pratiquer une évaluation initiale et une réévaluation régulière des aptitudes physiques et mentales. Nombreux sont les médecins qui sont favorables à une évaluation des aptitudes physiques et psychiques des étudiants à l'exercice de la médecine [47] ;
- Instaurer une formation plus étendue et continue à la relation médecin-patient [33] ;
- Créer des groupes Balint : Mise au point par M. Balint, psychiatre et psychanalyste anglais, cette technique vise à réunir un groupe de professionnels du secteur de la santé (souvent médecins et praticiens) afin des les confronter, en groupe, à une description, puis une réflexion, quant à la relation de chacun avec leurs patients et leur collègues [65, 92]. Elle permet de développer un espace de créativité relationnelle et de sortir de la solitude relationnelle [64].

8.3. Prévention secondaire

Elle s'articule autour des points suivants :

- Prévoir une formation médicale continue (FMC) destinée à la prise en charge des confrères malades [33] ;
- Créer des lignes d'écoute et d'aide comme l'a montré l'expérience française et québécoise. L'association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) créée par le Dr Mouriès, a mis sur pied un dispositif d'aide téléphonique disponible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, depuis Juin 2005. Actuellement, ce service est réservé aux médecins libéraux de l'Ile-de-France et depuis 2007 à ceux de la région Provence Alpes Côte d'Azur et aux dentistes de l'Ile-de-France. Mais il a vocation à couvrir tout le territoire, et éventuellement à s'étendre aux médecins en formation. Il reçoit environ 100 appels par an soit une dizaine par mois[32]. Dans le même sens, le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a été mis en place il y a 17 ans pour briser le silence. Au cours de l'année 2006-2007, 369 nouvelles demandes d'aide ont été reçues, avec presque 2 fois plus de demandes chez les médecins généralistes que chez les spécialistes. Les médecins résidents sont très nombreux à faire appel à ce service, indice que les premiers signes de détresse apparaissent très tôt dans l'exercice. Toute demande d'aide est prise en charge par un médecin-conseil neutre et indépendant de tout ordre de santé, institution de santé ou syndicat médical [32]. A l'instar de ce qui existe au Canada ou en Espagne, le syndicat des anesthésistes réclame depuis 2004, un Programme institutionnalisé d'aide aux médecins en France (PAIMF).

8.4. Prise en charge curative

Elle comprend :

- La création des structures de soins spécifiques pour médecin malade.

La première structure addictologique réservée aux professionnels de santé a été un projet du Pr P. Carayon (Gastro-entérologue en retraite) au CH de Besançon, à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins de France (CNOM) [18]. A noter qu'il existe en Espagne un programme « Attention intégrale » aux médecins malades (PAIMM). Ce programme traite des problèmes psychiques et de dépendance. Un médecin sur 10 serait soumis à ces risques au cours de son exercice professionnel. Il existe une équipe d'assistance et des installations spécialisées et confidentielles : possibilités d'hospitalisation, d'hôpital de jour ou de traitement ambulatoire. Aucune donnée sur le nombre de demandes, leur motif et les caractéristiques des demandeurs n'est disponible sur le site internet du programme [32] ;

- La promotion d'une médecine du travail pour tous les médecins hospitaliers : nombreux sont les auteurs, médecins, chercheurs, à s'interroger sur la mise en place d'une médecine préventive pour tous les médecins [33, 49, 63].

DEUXIEME PARTIE :

Notre étude

1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Aristide Le Dantec de Dakar. Depuis 1868, l'hôpital Aristide Le Dantec était connu sous le nom de Case-Hôpital où les sœurs de l'Immaculée Conception logeaient les femmes malades ou abandonnées. A partir de 1912, il prend une dimension plus importante et devient l'hôpital Civil de Dakar ou hôpital central ou « Hôpital Indigène » par opposition à l'hôpital Principal de Dakar qui avait vocation première de prendre en charge les militaires et les colons.

Dès 1962, l'hôpital Aristide Le Dantec fut érigé en Centre Hospitalier Universitaire et développait des missions de Soins, de Formation et de Recherche.

Dans le cadre des mouvements de réforme des années 1990, l'hôpital Aristide Le Dantec est désormais Centre Hospitalier National érigé en Etablissement public de santé par le décret n° 99-852 du 27 Août 1999 procédant des lois 98-12 du 12-2-98 portant réforme hospitalière au Sénégal et 98-12 du 12-2-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements publics de santé ; il va connaître une nouvelle forme d'organisation et de fonctionnement qui détermine le contexte actuel de l'hôpital.

Les services médicaux et spécialités médicales comprennent quatre (4) services cliniques : la Médecine interne, la Pédiatrie, la Dermatologie et la Cardiologie. Ils sont chacun dirigés par un professeur d'université.

Les services chirurgicaux et spécialités chirurgicales sont constitués par le service de Chirurgie générale, de Chirurgie Infantile, d'Orthopédie-Traumatologie, d'Uro-Andrologie, de Cancérologie, d'Ophtalmologie, de Réanimation et de Gynéco-Obstétrique.

Les services médico-techniques comptent une Pharmacie, une Radiologie et six (6) Laboratoires: Biochimie, Biologie, Bactériologie-Virologie, Cytologie, Parasitologie et Anatmopathologie.

L'histoire de l'hôpital Aritide est indissociable de celle de l'Université de Dakar. L'Université de Dakar est l'une des plus anciennes d'Afrique de l'Ouest. Créée le 24 Février 1957, elle fut officiellement inaugurée le 9 Décembre 1959, après une longue évolution marquée par la création de l'Ecole de Médecine de Dakar, première ébauche d'un enseignement universitaire en Afrique de l'Ouest, en 1938 par la naissance de l'IFAN (Institut Français d'Afrique Noire), en 1949 par la création d'un certificat de physique, chimie et biologie préparatoire aux études médicales et en 1950 par l'inauguration de l'Institut des Hautes Etudes de Dakar [90].

Au Sénégal, les études médicales durent sept années ou plus après la fin des études secondaires et comprennent un premier cycle d'une durée de 2 ans, un deuxième cycle d'une durée de 4 ans et un troisième cycle d'une durée variable, comprenant l'année de thèse et qui est sanctionnée par le doctorat en médecine. Le médecin titulaire d'un doctorat en médecine est un médecin généraliste. Ce cursus peut être suivi d'études spécialisées médicales ou chirurgicales d'une durée de 4 ans qui sont sanctionnées par un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). L'admission en première année du DES est autorisée pour les docteurs en Médecine titulaires du diplôme délivré par l'Université de Dakar, les candidats pourvus d'un diplôme de Docteur en médecine d'une Université d'un pays étranger permettant d'exercer la médecine dans ce pays, et reconnu par le Sénégal, les étudiants en Médecine ayant leur stage pratique interné validé, et ayant réussi à leurs divers examens de Clinique, et les internes des hôpitaux de Dakar.

La présente étude concernait les étudiants de (9) spécialités médicales (l'anesthésie-réanimation, la médecine interne, la dermatologie et la cardiologie) et chirurgicales (la gynécologie-obstétrique, la chirurgie générale et viscérale, l'orthopédie-traumatologie, l'ophtalmologie et la Cancérologie).

- **Formation spécialisée en Médecine Interne**

Elle a pour but de former des médecins internistes capables de prendre en

charge, du diagnostic au traitement, en passant par la prévention, toutes les affections médicales qu'elles soient infectieuses, métaboliques, endocriniennes, neurologiques, hématologiques, hépato-gastro-entérologiques, néoplasiques, gynécologiques, néphrologiques, cardiologiques, dermatologiques, pneumologiques, gériatriques, rhumatologiques, et systémiques. La durée du cycle de formation est de quatre (4) ans. L'enseignement est théorique et pratique. Il comporte des cours, des séminaires, des conférences ainsi que des stages cliniques. Les stages sont obligatoires. Ils ont lieu dans les services de Médecine Interne (hôpital Aristide le Dantec, hôpital de Pikine, hôpital Principal de Dakar, Centre Hospitalier Abass Ndao) et de spécialités médicales de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie. L'évaluation est continue et comporte un examen en fin de première année et enfin de cycle. Les Internes en Médecine sont dispensés des examens de 1^{ère} et 4^{ème} année.

- **Formation spécialisée en Dermatologie**

L'enseignement comporte des cours et des conférences, ainsi que des stages cliniques pendant 3 ans (Institut d'hygiène sociale et service de dermatologie de l'hôpital le Dantec), avec un examen annuel. L'enseignement est sanctionné par 3 examens subis à la fin de chaque année avec une évaluation des notes de stage et un contrôle continu des connaissances. L'obtention définitive du DES est subordonnée à la soutenance d'un mémoire.

- **Formation spécialisée en Cardiologie**

La durée de la formation est de trois années universitaires et six mois. Elle comprend des cours théoriques et pratiques (160 heures en 1^{ère} année, 165 heures en 2^{ème} année, 190 heures pour la dernière période de l'enseignement) ; des stages hospitaliers et extrahospitaliers (10 mois en 1^{ère} année, 10 mois en 2^{ème} année, 16 mois pour la dernière période de la formation) dans les services de Cardiologie de l'hôpital Aristide le Dantec, de Grand Yoff et au sein des services de médecine interne. Même en cas de force majeure le stage ne pourra

être validé que si le taux de présence est au moins de 90 %. Les études sont sanctionnées par trois examens avec rédaction d'un mémoire.

- **Formation spécialisée en Anesthésie-Réanimation**

La durée de la spécialité est de trois ans. Les cours théoriques sont sensiblement équilibrés en durée ; une centaine de questions par an soit environ 4 heures par semaine pour chaque année. A la fin de la première année, l'étudiant doit pouvoir être comparé à un auxiliaire anesthésiste compétent. La deuxième année est essentiellement celle des spécialités chirurgicales et des appareils de réanimation. En fin d'étude, le médecin anesthésiste complète sa formation dans la pratique des malades complexes. Les stages sont effectués dans les services de réanimation de l'hôpital Aristide Le Dantec, l'hôpital Grand Yoff, l'hôpital Principal et dans les services de spécialités chirurgicales. L'évaluation comporte un contrôle de connaissances en cours d'année durant les cours théoriques, les stages et travaux dirigés, la pratique et les notes de stage. L'examen de passage et de fin d'étude comprend un volet théorique (après consultation clinique et de laboratoire, l'étudiant posera une indication d'anesthésie et de réanimation) et pratique (exécution d'une technique d'anesthésie-réanimation).

- **Formation spécialisée en Gynécologie-Obstétrique**

Les études ont une durée de quatre années. Elles comportent des cours théoriques, des travaux pratiques et des stages. Les stages d'une durée annuelle de quarante six semaines sont accomplis normalement dans les services de gynécologie obstétrique des hôpitaux de Dakar. La maternité du Centre de Gynécologie et d'Obstétrique étant en construction, les activités sont réparties sur plusieurs structures de santé à proximité de la population (Centre Hospitalier National de Pikine, Centre Hospitalier Abass Ndao, Centre de Santé Philippe Senghor, Hôpital Roi Baudoin, Hôpital Youssou Mbargane Diop de Rufisque, Centre de Santé Nabil Choucair, Centre de Santé Gaspard Camara). À l'issue de la quatrième année, les candidats subissent un examen de fin d'études

portant sur les enseignements de la 2^{ème}, de la 3^{ème} et de la 4^{ème} année suivi de la soutenance d'un mémoire.

- **Formation spécialisée en Chirurgie Générale et Viscérale**

La durée du cycle de formation est de 4 ans, temps minimum pour obtenir un spécialiste adapté à nos réalités. L'enseignement est théorique, clinique et pratique (stages dans les services de chirurgie générale de l'hôpital Aristide Le Dantec, Principal et de Grand Yoff, dans les services de spécialités chirurgicales et en zone rurale). L'évaluation sera permanente et finale : permanente par l'établissement d'un livret de stage portant appréciation des différents comportements du stagiaire durant tout le cycle de formation, d'un cahier opératoire, par des examens annuels (2 premières années) ; finale par la rédaction d'un mémoire.

- **Formation spécialisée en Ophtalmologie**

Les stages ont lieu dans les services de la clinique ophtalmologique et éventuellement dans les instituts ou services hospitaliers spécialisés en ophtalmologie et agréés par l'Assemblée de faculté. À la demande du Ministère de la Santé, ils peuvent comporter une période rurale de quatre mois par an sous la responsabilité du directeur de la clinique ophtalmologique. L'enseignement est sanctionné par trois examens théoriques subis chaque année, et trois examens pratiques, auxquels s'ajoutent les notes de stage et de contrôle continu des connaissances. Cette épreuve consiste en la présentation d'un travail original sur un sujet d'ophtalmologie. Les docteurs en médecine ayant soutenu leur thèse sur un sujet d'ophtalmologie peuvent être dispensés de l'épreuve.

- **Formation spécialisée en Orthopédie-Traumatologie**

La durée de formation est de quatre ans et comporte 250 heures de cours. L'enseignement est clinique, théorique et pratique. Les candidats doivent faire face à la fin de la première et de la deuxième année d'études à un examen théorique et pratique. Le passage de la troisième à la quatrième année d'études est décidé par le jury par délibération après examen du livret de stage et du

cahier opératoire du candidat qui a validé trois des quatre modules de la troisième année. L'étudiant qui passe en quatrième année est autorisé à préparer l'examen final. La soutenance du mémoire est publique. Il porte sur un sujet de recherche clinique ou fondamentale d'Orthopédie et/ou Traumatologie. Il est soutenu devant un jury.

- **Formation spécialisée en Cancérologie**

La durée de l'enseignement est de quatre ans. Cet enseignement est clinique, théorique et pratique. Le cycle de formation clinique est de 8 semestres répartis comme suit : quatre semestres qui doivent être effectués à plein temps dans le service de cancérologie de l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar, deux semestres répartis entre les services de chirurgie générale, chirurgie thoracique et chirurgie infantile qui sont obligatoires pour l'obtention du DES, un semestre qui doit être effectué dans un service de cancérologie qualifiant hors de l'hôpital Aristide le Dantec ou dans un autre pays agréé par le Directeur du DES. Ce stage ne pourra intervenir avant le cinquième semestre d'études, un semestre de stage dans un service de chirurgie d'un hôpital régional ou départemental.

La validation de chaque semestre de stage est obligatoire. Ses modalités sont définies par le comité pédagogique. A la fin des première et deuxième années d'études, les candidats doivent satisfaire à un examen théorique et pratique. Le passage de la troisième à la quatrième année d'études est décidé par délibération du jury après examen du livret de stage et du cahier opératoire du candidat. La fin des études en vue du certificat d'études spéciales est sanctionnée par la soutenance publique d'un mémoire devant un jury. Le mémoire porte sur un sujet de recherche clinique ou fondamentale en cancérologie.

2. Méthodologie

2.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique, menée sur une période de six (6) mois, du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2013, à l'aide d'un questionnaire administré en annexe.

2.2. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée d'étudiants inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de neuf (9) spécialités médicales ou chirurgicales, au titre de l'année académique 2012-2013.

Les spécialités médicales étaient représentés par :

- l'Anesthésie-réanimation,
- la Médecine interne,
- la Dermatologie, et
- la Cardiologie,

Les spécialités chirurgicales étaient représentés par :

- la Gynécologie-Obstétrique,
- la Chirurgie générale et viscérale,
- l'Orthopédie-traumatologie,
- l'Ophtalmologie, et
- la Cancérologie.

2.3. Critères d'inclusion

Etait inclus dans l'étude, tout étudiant en spécialisation dans l'une des neuf (9) spécialités choisies et ayant accepté de participer à l'étude.

2.4. Critères de non inclusion

Etait non inclus dans l'étude tout étudiant qui :

- était absent durant la période d'enquête, ou
- qui n'a pas manifesté le désir de répondre au questionnaire.

2.5. Collecte des données

Pour réaliser cette étude, un questionnaire auto-administré a été remis à l'ensemble des étudiants ayant accepté d'y participer. Il comportait deux (2) parties :

- une première partie renseignait sur les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, situation matrimoniale, parentalité, loisir) et professionnelles (niveau d'étude, spécialité, nombre d'heures de travail, nombre de gardes par semaine), et
- une deuxième partie qui évaluait le syndrome d'épuisement professionnel à l'aide du questionnaire *Maslach Burn-out Inventory (MBI)*. Il s'agit d'un questionnaire validé et édité comme test psychologique aux Etats Unis [41], permettent d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel dans la pratique quotidienne [54]. La version utilisée dans cette étude est le *MBI* à 22 items et à 3 sous-échelles qui représentent les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel (publié en anglais américain, puis traduit en français) comme indiqué au tableau I.

Tableau I : Version française du Maslach Burn-out Inventory

Dimension du MBI	Nombre d'items	Questions	Evaluation
Epuisement émotionnel	9	1,2,3,6,8,13,14,16, et 20	≤ 17 : EE bas 18-29 : EE modéré ≥ 30 : EE élevé
Dépersonnalisation	5	5, 10, 11,15 et 22	≤ 5 : DP bas 6-11: DP modérée ≥ 12 : DP élevée
Accomplissement personnel	8	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	≥ 40 : AP bas 34-39 : AP modéré ≤ 33 : AP élevé

MBI : Maslach Burn-out Inventory ;EE : Epuisement émotionnel ; DP : Dépersonnalisation ; AP : Accomplissement personnel

Le *burn-out syndrome* ne s'exprime pas sous forme d'un score global mais sous forme d'un score dans chacune des 3 dimensions (EE, DP, AP). Chaque score est exprimé en bas, modéré ou élevé selon la version originale du *MBI* [11]. Un score élevé d'Epuisement Emotionnel (EE) ou de Dépersonnalisation (DP) ou un score bas d'Accomplissement Personnel (AP) suffisent à définir le *burn-out*. Et, en cas de *burn-out*, le degré de gravité peut être déterminé. Le *burn-out* est dit faible, moyen ou sévère en fonction du nombre de dimensions atteintes : *burn-out* faible : atteinte de l'une des 3 dimensions; *burn-out* moyen : atteinte de 2 des 3 dimensions, *burn-out* sévère : atteinte des 3 sous dimensions.

Pour chaque service choisi, les objectifs de l'étude étaient présentés aux différents Chefs de services en vue de l'obtention d'une autorisation d'enquête. Une fois cette étape effectuée, le questionnaire était distribué aux étudiants ayant accepté de participer à l'enquête. Puis, les questionnaires auto administrés, étaient récupérés dans un délai variant de 1 à 7 jours après leur distribution, selon la disponibilité des étudiants.

Le consentement verbal était obtenu pour chaque étudiant. Tous étaient informés des objectifs et intérêts de l'étude, de leurs droits de refuser ou d'accepter de participer à l'étude.

L'anonymat et la confidentialité étaient garantis et respectés. Les dispositions étaient prises au moment de la collecte des données pour éviter l'identification des enquêtés.

2.6. Saisie et analyse des données

Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17.0. L'étude descriptive était réalisée par le calcul des fréquences, proportions pour les variables qualitatives et, pour les variables quantitatives, par le calcul de moyennes avec leur écart type. L'étude analytique, elle, était faite avec les

tableaux croisés. Pour comparer les fréquences, le test du Khi 2 ou le test de Fisher ont été utilisés selon leurs conditions d'application avec un seuil de significativité alpha inférieur à 0,05.

3. Résultats

3.1. Résultats descriptifs

3.1.1. Effectif

Nous avons soumis au questionnaire 200 étudiants, 192 y avaient répondu, soit un taux d'acceptation de 96%.

3.1.2. Caractéristiques générales

- **L'âge**

L'âge moyen de la population d'étude était de $31,3 \pm 4,1$ ans avec des extrêmes de 24 et 48 ans. La médiane et le mode étaient respectivement de 31 et 29 ans. La plupart des étudiants (47,8%), étaient âgés entre 30 et 34 ans (Figure 1). Près de la moitié des étudiants étaient âgés de plus de 30 ans (63,5 %).

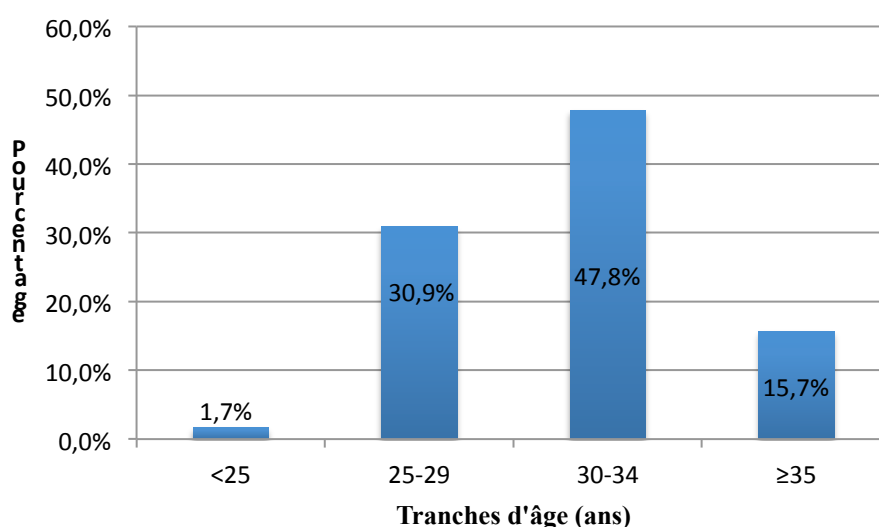


Figure 1 : Répartition des d'étudiants selon les tranches d'âge

- **Genre**

Parmi les 186 étudiants, les hommes étaient au nombre de 119, soit 64% de la population d'étude. Le sex-ratio (SR) était de 1,78.

- **Situation matrimoniale**

Les étudiants inscrits en spécialisation étaient en majorité mariés (51,1%) (Figure 2).

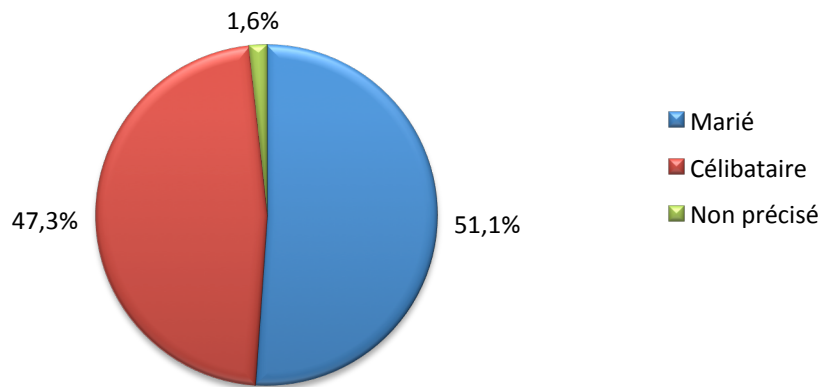


Figure 2 : Répartition des étudiants selon la situation matrimoniale

- **Nombre d'enfants**

Seuls 63 étudiants (33,9%) avaient des enfants à charge avec des extrêmes de 1 et 6 enfants (figure 4). Parmi les étudiants ayant des enfants à charge, 79,3% avaient 1 ou 2 enfants.

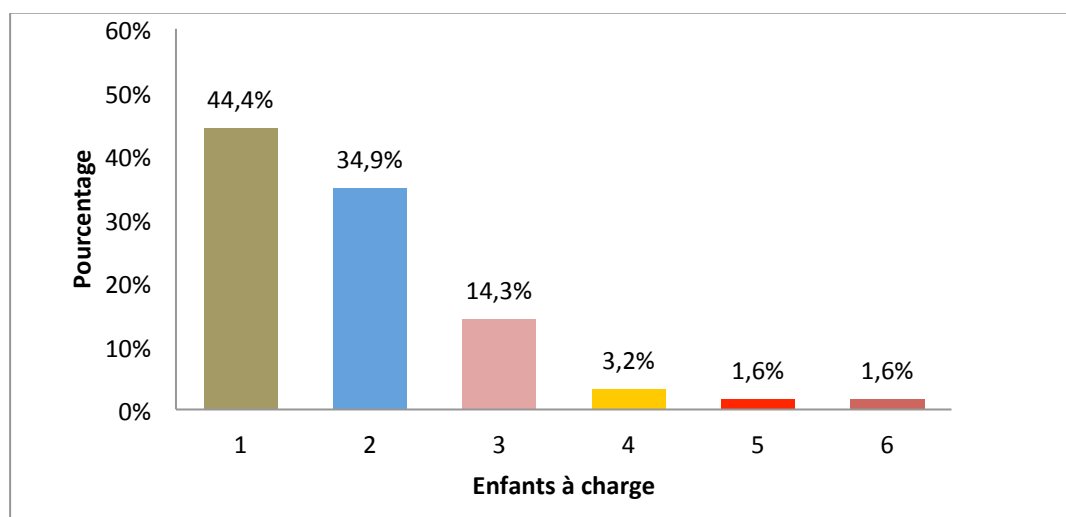


Figure 3 : Répartition des étudiants selon le nombre d'enfants à charge (N=63)

- **Pratique d'un loisir**

Plus de la moitié des étudiants (54,8%) déclaraient consacrer du temps à un loisir (Figure 4).

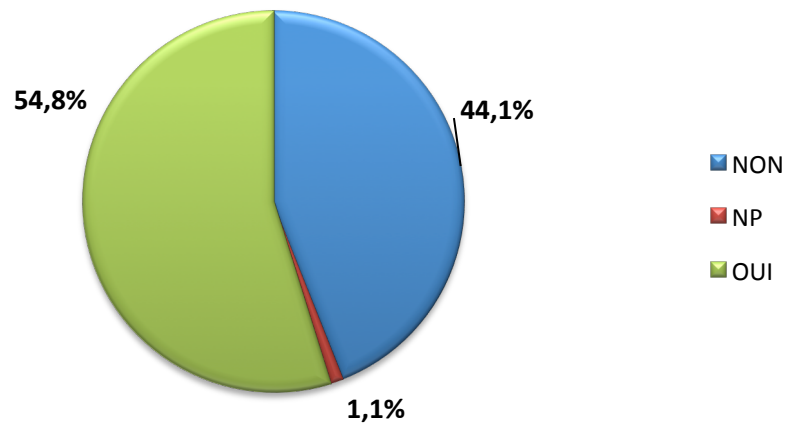


Figure 4 : Répartition des étudiants selon la pratique ou non d'une activité ludique

3.1.3. Profil professionnel

- **Niveau d'étude**

Nous avons divisé la population d'étude en 2 groupes selon l'ancienneté : le groupe des jeunes correspondant aux étudiants dont l'ancienneté était inférieure ou égale à 4 semestres (1^{ère} et 2^{ème} années) de spécialisation, et celui des anciens à partir du 5^{ème} semestre d'étude (3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} années) comme l'indique la figure 5.

Les anciens représentaient un peu plus de la moitié de la population (51,6%).

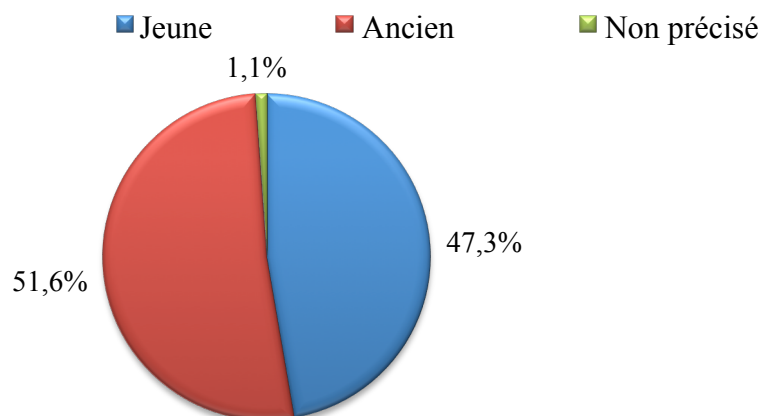


Figure 5 : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude

- **Spécialité**

La plus grande partie des étudiants étaient inscrits à une spécialité chirurgicale (60,3%) et 25,3% étaient inscrits au D.E.S de Gynécologie et d'Obstétrique (Tableau II).

Tableau II : Répartition des étudiants selon la spécialité

Spécialité	Effectif	Pourcentage (%)
<u>Spécialités médicales</u>		
Cardiologie	30	16,1%
Médecine Interne	16	8,6%
Dermatologie	14	7,5%
Anesthésie-Réanimation	14	7,5%
<u>Spécialités chirurgicales</u>		
Gynécologie- Obstétrique	47	25,3%
Chirurgie Générale et viscérale	20	10,8%
Orthopédie- Traumatologie	20	10,8%
Ophtalmologie	16	8,6%
Cancérologie	9	4,8%
Total	186	100

- **Charge de travail**

- **Nombres d'heures de travail par semaine**

Le nombre d'heures de travail en moyenne était de $38,1 \pm (11,3)$ heures par semaine. Les extrêmes étaient de 20 et 98 heures par semaine. La médiane était de 39 heures et la valeur modale, de 40 heures. Le nombre d'heures de travail par semaine n'était pas précisé chez 12 étudiants. La majorité des étudiants (49,5%) avait un volume horaire hebdomadaire compris entre 32 et 48heures.

- **Nombre de gardes par semaine**

Les étudiants réalisaient en moyenne 1,46 gardes par semaine avec des extrêmes de 0 et 7 gardes. La médiane était de 1,5 gardes et la valeur modale, de 2 gardes. La majorité des étudiants (86,9%) déclarait avoir au maximum 2 gardes par semaine.

3.1.4. Le Syndrome d'Épuisement Professionnel

- **Épuisement émotionnel**

Le score moyen d'épuisement émotionnel était de $33,2 \pm 12,2$. Cent dix neuf étudiants (64%), avaient un score d'épuisement émotionnel élevé (score supérieur à 30) comme le montre la figure 6.

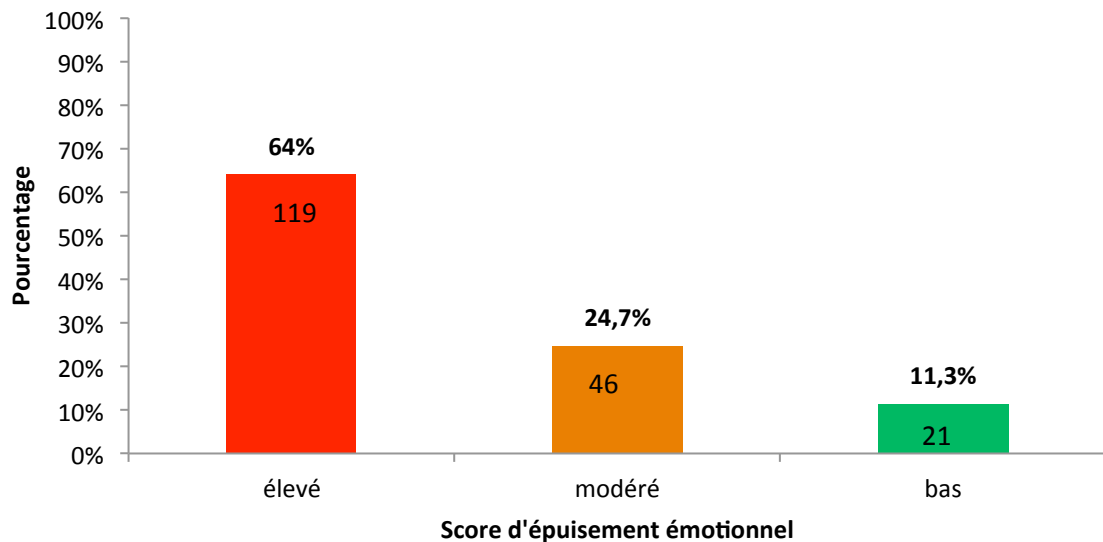


Figure 6 : Répartition des étudiants selon le score d'épuisement émotionnel

- **Dépersonnalisation**

Le score moyen de dépersonnalisation était de $11,3 \pm 6,5$. Les étudiants avaient un score de dépersonnalisation élevé, modéré et bas dans respectivement 45,2%, 36,5% et 18,3 % des cas (Figure 7).

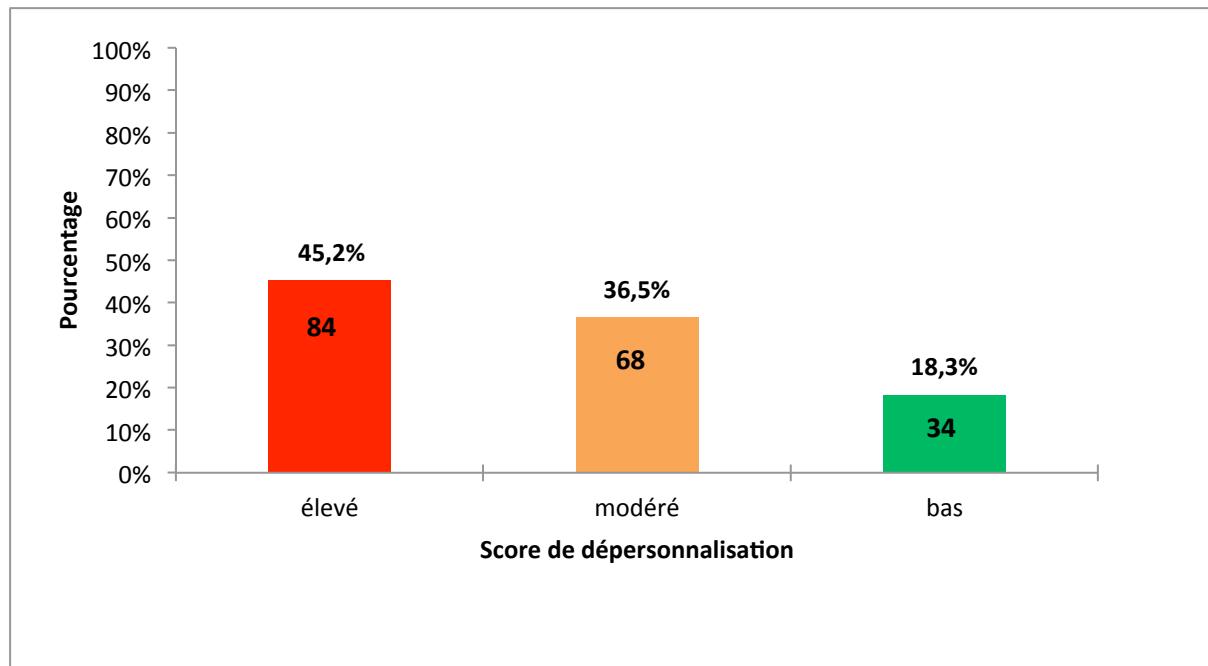


Figure 7: Répartition des étudiants selon le score de dépersonnalisation

- **Accomplissement Personnel**

Le score moyen d'accomplissement personnel était de $46,2 \pm 6,2$. La majeure partie des étudiants (84,9%), avaient un score d'accomplissement personnel bas (Figure 8).

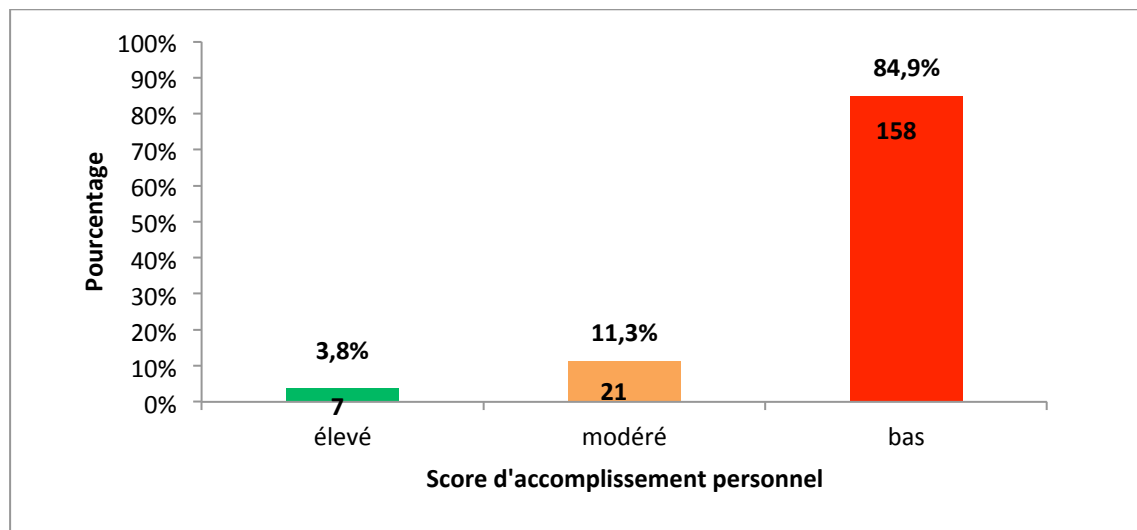


Figure 8 : Répartition des étudiants selon le score d'accomplissement personnel

3.2. Résultats analytiques

3.2.1. Age et syndrome d'épuisement professionnel

Tableau III : Relation entre âge et syndrome d'épuisement professionnel

	Age		p
	<30 ans	≥30 ans	
Epuisement émotionnel	61 (93,8%)	96 (85%)	0,11
Dépersonnalisation	62 (95,4%)	83 (73,5%)	0,001*
Accomplissement personnel	12 (18,5%)	15 (13,3%)	0,6
3 scores pathologiques	11 (16,9%)	10 (8,8%)	0,05
Aucun score pathologique	2 (3,1%)	12 (10,6%)	0,02*

* valeur de p significative

Le risque d'avoir au moins un score pathologique dans une des 3 sous dimensions était plus élevé dans la population âgée de moins de 30 ans. Ce risque concernait surtout la sous dimension «dépersonnalisation» avec un score pathologique chez 95,4% des étudiants âgés de moins de 30 ans. Aussi, l'épuisement professionnel sévère était plus fréquent chez les étudiants âgés de moins de 30 ans (16,9% contre 8,8% pour les plus de 30 ans). Par ailleurs être âgé de 30 ans ou plus serait un facteur protecteur (10,6% n'avaient aucun score pathologique contre 3,1% chez les moins de 30 ans).

3.2.2. Sexe et syndrome d'épuisement professionnel

On constate que le sexe ne constituait pas un facteur de risque d'épuisement professionnel. En effet, la proportion d'hommes et de femmes était identique pour les 3 sous dimensions du syndrome d'épuisement professionnel, mais également en ce qui concerne le nombre de scores pathologiques (tableau IV).

Tableau IV :Relation entre sexe et syndrome d'épuisement professionnel

	Sexe		p
	Masculin	Féminin	
Epuisement émotionnel	107 (89,9%)	58 (86,6%)	0,3 (ns)
Dépersonnalisation	100 (84%)	52 (77,6%)	0,18(ns)
Accomplissement personnel	15 (12,6%)	13 (19,4%)	0,15(ns)
3 scores pathologiques	11 (9,2%)	11 (16,4%)	0,12(ns)
Aucun score pathologique	7 (5,9%)	8 (11,9%)	0,12(ns)

ns : non significatif

3.2.3. Situation matrimoniale et syndrome d'épuisement professionnel

Tableau V : Relation entre situation matrimoniale et syndrome d'épuisement professionnel

	Situation matrimoniale		p
	Marié	Célibataire	
Epuisement émotionnel	82 (86,3)	81 (92%)	0,2
Dépersonnalisation	68 (71,6%)	82(93,2%)	0,01*
Accomplissement personnel	15 (15,8%)	13 (14,8%)	0,7
3 scores pathologiques	9 (9,5%)	13 (14,8%)	0,006*
Aucun score pathologique	9 (9,5%)	5 (5,7%)	0,006*

* valeur de p significative

La situation matrimoniale ne modifiait pas les scores d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel ; mais les scores de dépersonnalisation étaient moindres chez les étudiants mariés (71,6% versus 93,2% chez les étudiants célibataire, $p= 0,01$). Considérant globalement les 3 sous dimensions, être célibataire exposait au risque de syndrome d'épuisement professionnel (tableau

V). En effet, 14,8% des célibataires ont trois score pathologique contre 9,5% des mariés ($p= 0,006$).

3.2.4. Nombre d'enfants à charge et syndrome d'épuisement professionnel

Tableau VI : Relation entre nombre d'enfants à charge et syndrome d'épuisement professionnel

	Enfants à charge		p
	Oui	Non	
Epuisement émotionnel	52 (82,5%)	104 (91,2%)	0,11
Dépersonnalisation	40 (63,5%)	104(91,2%)	0,0001*
Accomplissement personnel	10 (15,9%)	18 (15,8%)	0,4
3 scores pathologiques	4 (6,3%)	18 (15,8%)	0,08*
Aucun score pathologique	7 (10,1%)	7 (6,1%)	0,15

* valeur de p significative

Le syndrome d'épuisement professionnel dans sa sous dimension Epuisement émotionnel était plus fréquent chez les étudiants sans enfants à charge que chez les étudiants parents (tableau IV). Cependant, cette différence n'est statistiquement pas significative. Par contre, la dépersonnalisation était significativement plus importante chez les étudiants sans enfants (91,2% versus 63,5%, $p < 0,0001$).

3.2.5. Loisir et syndrome d'épuisement professionnel

On ne notait aucun score pathologique chez 9,8% des étudiants pratiquant un loisir contre 6,1% chez ceux qui ne pratiquent pas de loisir. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative. En outre, les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés, associés à un

accomplissement personnel bas étaient plus importants chez les étudiants qui ne pratiquaient pas de loisir (tableau VII).

Tableau VII : Relation entre loisir et syndrome d'épuisement professionnel

	Pratique d'un loisir		p
	Oui	Non	
Epuisement émotionnel	87 (85,3%)	76 (92,7%)	0,2 (ns)
Dépersonnalisation	79 (77,5%)	71 (86,6%)	0,2 (ns)
Accomplissement personnel	14 (13,7%)	14 (17,1%)	0,6 (ns)
3 scores pathologiques	10 (9,8%)	12 (14,6%)	0,6 (ns)
Aucun score pathologique	10 (9,8%)	5 (6,1%)	0,6 (ns)

ns : non significatif

3.2.6. Niveau d'étude et syndrome d'épuisement professionnel

Tableau VIII : Relation entre niveau d'étude et syndrome d'épuisement professionnel

	Ancienneté		p
	Jeunes	Anciens	
Epuisement émotionnel	84 (95,5%)	79 (82,3%)	0,17 (ns)
Dépersonnalisation	77 (87,5%)	73 (76%)	0,1 (ns)
Accomplissement personnel	10 (11,4%)	18 (18,8%)	0,3 (ns)
3 scores pathologiques	8 (9,1%)	14 (14,6%)	0,15 (ns)
Aucun score pathologique	3 (3,4%)	12 (12,5%)	0,15 (ns)

ns: valeur de p non significative

Les scores d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation élevés et d'accomplissement personnel bas ne variaient pas significativement entre les deux catégories d'ancienneté. Il n'existait pas de différence significative dans la

proportion d'étudiant n'ayant aucun score pathologique et ceux qui en avaient trois (tableau VIII).

3.2.7. Spécialité et syndrome d'épuisement professionnel

Tableau IX : Relation entre spécialité et syndrome d'épuisement professionnel

	Spécialité		p
	Médicale	Chirurgicale	
Epuisement émotionnel	72 (97,3%)	93 (83%)	0,02*
Dépersonnalisation	71 (95,9%)	81 (72,3%)	<0,001*
Accomplissement personnel	10 (13,5%)	18 (16,1%)	0,6
3 scores pathologiques	10 (13,5%)?	12 (10,7%)	0,001*
Aucun score pathologique	1 (1,4%)	14 (12,5%)	<0,001*

* : valeur de p significative

Chez les étudiants inscrits en spécialité médicale, on notait des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés, et une proportion de scores pathologiques plus élevée (13,5% d'étudiants ayant 3 scores pathologiques contre 10,7% d'étudiants en spécialité chirurgicales ayant 3 scores pathologiques). Des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation étaient retrouvés chez la quasi-totalité des étudiants inscrits dans les spécialités médicales : 100% (Anesthésie-Réanimation), 100% (Cardiologie), 92,9% (Dermatologie), 93,8% (Médecine Interne) pour la sous dimension épuisement émotionnel et 100% (Anesthésie-Réanimation), 100% (Cardiologie), 100% (Médecine interne), 78,6% (Dermatologie) pour la sous dimension Dépersonnalisation. Cependant, les spécialités médicales enregistraient des scores bas d'accomplissement personnels, intéressant moins de 30% des étudiants toutes spécialités médicales confondues (tableau IX).

Les étudiants inscrits au D.E.S de Gynécologie-Obstétrique avaient des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les plus bas. En plus, 23,4% d'entre eux n'avaient aucun score pathologique (tableau X).

Les spécialités chirurgicales enregistrant plus de scores pathologiques étaient l'Orthopédie-Traumatologie, la Chirurgie générale et la Cancérologie.

Tableau X : Relation entre type de spécialité et syndrome d'épuisement professionnel

Spécialité	EE	DP	AP	0 Score pathologique	3 Scores pathologiques
Anesthésie- Réanimation	14 (100%)	14 (100%)	2(14,3%)	-	2 (14,3%)
Cancérologie	9(100%)	9(100%)	-	-	-
Cardiologie	30 (100%)	30 (100%)	2 (6,7%)	-	2 (6,7%)
Chirurgie générale	19 (95%)	18 (90%)	2 (10%)	-	1 (5%)
Dermatologie	13 (92,9%)	11 (78,6%)	4 (28,6%)	1 (7,1%)	4 (28,6%)
Gynécologie- Obstétrique	34 (72,3%)	23 (48,9%)	10(21,3%)	11 (23,4%)	6 (12,8%)
Médecine Interne	15 (93,8%)	16 (100%)	2 (12,5%)	-	2 (12,5%)
Ophthalmologie	12 (75%)	12 (75%)	3 (18,8%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)
Orthopédie- Traumatologie	19 (95%)	19 (95%)	3 (15%)	1 (5%)	3 (15%)

EE : Epuisement émotionnel ; DP : Dépersonnalisation ; AP : Accomplissement personnel

3.2.8. Relation entre nombre d'heures de travail et syndrome d'épuisement professionnel

Tableau XI : Nombre d'heures de travail et syndrome d'épuisement professionnel

	Nombre d'heures de travail par semaine		p
	≤ 30h	> 30h	
Epuisement émotionnel	61 (87,1%)	104 (89,7%)	0,3
Dépersonnalisation	54 (77,1%)	98 (84,5%)	0,2
Accomplissement personnel	14 (20%)	14 (12,1%)	0,2
3 scores pathologiques	11 (15,7%)	11 (9,5%)	0,2
Aucun score pathologique	6 (8,6%)	9 (7,8%)	0,2

Les étudiants travaillant plus de 30 heures par semaine étaient plus nombreux à avoir des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés. A contrario, ceux travaillant moins de 30 heures par semaine avaient plus de risque d'avoir 3 scores pathologiques ; paramètre renseignant sur la profondeur du syndrome d'épuisement professionnel.

3.2.9. Nombre de gardes et syndrome d'épuisement professionnel

Le nombre de gardes par semaine n'influençait pas significativement les scores d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel. Plus de 2 gardes par semaine semblait protéger du *BOS* (13% ayant aucun score pathologique, contre 7,4%, $p = 0,05$). En plus, les scores de dépersonnalisation plus élevés étaient retrouvés chez les étudiants ayant au plus 2 gardes par semaine (tableau XII).

**Tableau XII : Relation entre le nombre de gardes et syndrome
d'épuisement professionnel**

	Nombre de gardes par semaine		p
	≤ 2 gardes	>2 gardes	
Epuisement émotionnel	146 (89,6%)	19 (82,6%)	0,3
Dépersonnalisation	137 (84%)	15 (65,2%)	0,04*
Accomplissement personnel	22 (13,5%)	6 (26,1%)	0,12
3 scores pathologiques	17 (10,4%)	5 (21,7%)	0,05
Aucun score pathologique	12 (7,4%)	3 (13%)	0,05

4. Discussion

4.1. Limites de l'étude

Au cours de l'enquête, nous avons rencontré quelques difficultés liées à la non disponibilité de certains étudiants, au refus de répondre au questionnaire et au non respect du rendez-vous pour remettre les questionnaires.

Par ailleurs, six (06) questionnaires étaient mal remplis.

4.2. Méthodologie

- **Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique, choix pour un premier abord du sujet, permettant de faire un état des lieux. La recherche de facteurs associés au *burn-out* nous a permis d'en identifier certains, mais il faut rester prudent quant à l'interprétation des résultats car une étude transversale a été réalisée et ne permet pas d'établir le lien de causalité, mais peut néanmoins donner une orientation sur les facteurs liés au *burn-out*. Cette étude a été menée sur une période de six (6) mois, du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2013. Cette période est longue et peut conduire à des impressions différentes des étudiants selon qu'ils sont en début ou en fin de stage. L'année universitaire ayant débuté à la première semaine du mois d'octobre 2012, les étudiants inscrits au DES sont en plein dans les activités du service durant les mois de Janvier, Février et Mars, et au mois de Juin débutent les examens de fin d'année, réduisant fortement leur disponibilité.

- **Population d'étude**

Un total de 368 étudiants était inscrit au DES toutes spécialités confondues. Un nombre non précisé de DES était absent lors de la distribution et de la collecte des questionnaires. Les raisons avancées pour justifier leur absence étaient :

- les stages hospitaliers dans des services non concernés par l'enquête,
- le stage rural,
- la préparation de leurs mémoires de fin d'études,

- la présence au bloc opératoire (pour les services de chirurgie)
- la prise de disponibilité.

Cela peut constituer un biais car on peut penser que cela minore les résultats du nombre d'étudiants inscrit au DES en *burn-out syndrome*. Il est possible que les étudiants au DES ayant répondu au questionnaire soient ceux qui se sentent le plus concernés d'autant plus qu'on a eu cinq (5) refus de remplir le questionnaire par des étudiants inscrits au DES de Dermatologie et deux (2) refus de la part d'étudiants inscrit au DES d'Ophtalmologie, les motifs étaient le fait de ne pas se sentir concerné par cette étude et le manque de temps à consacrer au questionnaire. Ou, au contraire il peut s'agir d'étudiants en *burn-out*, résignés et refusant d'admettre leur souffrance en répondant au questionnaire, ou encore d'étudiants épuisés trop fatigués pour répondre aux questions. Il y a alors un déséquilibre possible entre le taux de *burn-out syndrome* retrouvé et le taux réel au sein de la population d'étudiants.

• Collecte des données

Etudiante en 7^{ème} année, je me suis déplacée personnellement dans les 9 services concernés par cette enquête pour remettre les questionnaires aux étudiants. Le questionnaire a été distribué aux horaires de travail sur les lieux de stage. Il s'agit d'un moment stressant et de disponibilité réduite. Cela pourrait avoir influencé les réponses au questionnaire en majorant le score du MBI ou en donnant des réponses non correctes. La proximité des étudiants lors de la distribution et parfois du remplissage des questionnaires a pu compromettre son anonymat. Nous avons constaté aussi que les étudiants complétaient parfois le questionnaire à plusieurs, ce qui pourrait fausser les réponses aux items du MBI. Durant notre étude, de nombreux étudiants ont exprimé le souhait de faire un commentaire ou de donner leur avis sur le sujet. Il aurait été intéressant de conserver un espace à cet effet pour faire une étude qualitative (vécus des étudiants).

- **Analyse des données**

Six questionnaires n'ont pas été traités (MBI incomplet). Les questionnaires dont la partie épidémiologie était incorrectement remplie ont tout de même été pris en compte. Le nombre d'heures de travail a pu être majoré par le fait qu'il soit auto-déclaré.

La principale difficulté est d'interpréter correctement les résultats obtenus. Le syndrome étant caractérisé par 3 sous dimensions pouvant évoluer et varier différemment des autres, le rendant encore plus complexe et dynamique. Certains auteurs pensent qu'un niveau élevé d'EE ou de DP suffit pour évoquer un *burn-out*, tandis que d'autres prennent le parti d'étudier les individus présentant des scores élevés aux 3 sous dimensions [2, 82]. Notre interprétation des résultats doit rester prudente car n'établit pas le diagnostic de *burn-out*, mais permet de nous orienter sur son existence chez les étudiants en médecine en spécialisation et de tenter d'en étudier les facteurs associés.

- **Points positifs**

Il s'agit d'un terrain peu connu et l'originalité du sujet éveille la curiosité et amène à se poser des questions et à capter l'attention des répondants au questionnaire. Nombreux sont ceux qui ont demandé à recevoir les résultats de notre étude.

Malgré de nombreux biais, cette étude a été chaleureusement accueillie par les étudiants en spécialisation, ce qui est confirmé par le fort taux d'acceptation (96%).

4.3. Caractéristiques sociodémographiques

Notre étude portait sur les étudiants inscrits au Diplôme d'Etude Spécialisées de neuf (9) spécialités médicales (la médecine interne, la dermatologie, la cardiologie, l'anesthésie-réanimation) ou chirurgicales (la gynécologie -

obstétrique, la chirurgie générale et viscérale, l'orthopédie-traumatologie, l'ophtalmologie, la cancérologie), au titre de l'année académique 2012-2013.

Deux cents (200) questionnaires ont été distribués et 192 ont été récupérés, soit un taux d'acceptation de 96% jugé bon car étant supérieur à ceux observés dans des études hospitalières similaires [5, 24, 39, 42].

L'échantillon était composé de 64% d'hommes (n=119) et de 36% de femmes (n=67) ce qui est à l'opposé de la féminisation de la profession retrouvée dans d'autres études : 62,6% selon Guinaud en 2005[39], 74,6% selon Barbarin en 2009 [5], 64% selon Ernst en 2009[24], et 69% selon Le Tourneur en 2011 [42]. En Afrique et notamment au Sénégal, la scolarisation et le maintien des filles à l'école restent encore des défis à relever.

Un peu moins de la moitié des étudiants est célibataire (47, 3%), taux similaire retrouvé dans d'autres études menées chez les internes français, 43% selon Thevenet[81] et 25% selon Le Tourneur 35% [42].

Les étudiants qui sont parents représentaient 33,9% des étudiants, avec en moyenne 1,8 enfants à charge. Ce chiffre est supérieur à celui retrouvé par Thevenet (0,12) [81]). Ceci est compatible avec le taux élevé de célibat dans la population des étudiants, rançon de longues études.

Concernant le temps consacré aux loisirs, 54,8% des étudiants déclaraient en avoir, ce qui est assez satisfaisant comparé aux résultats obtenus dans l'étude de Le Tourneur où 58,6% des internes de médecine générale (IMG) déclaraient ne pas consacrer assez de temps aux loisirs [42]. Les IMG de Grenoble étaient les plus nombreux à être satisfaits du temps qu'ils consacraient à leurs loisirs (55,5%) et ceux de Brest les moins nombreux (28,7%) [42].

4.4. Caractéristiques professionnelles

- Niveau d'étude

Les anciens (en 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année) représentaient un peu plus de la moitié de la population (51,6%). L'avantage est qu'ils ont déjà une certaine expérience

professionnelle car ils sont passés par plusieurs stages avec des horaires et des organisations différentes. Ils ont ainsi un certain recul sur leur statut particulier et ont pu développer des stratégies d'adaptation leur permettant de surmonter la pression extérieure. Ou, au contraire, un état d'épuisement a pu s'installer insidieusement et progressivement au cours de leur cursus. Il s'agit donc d'une population présentant un grand intérêt d'étude.

Concernant les étudiants choisis pour cette étude, 60,3% étaient inscrits à une spécialité médicale. Le choix d'étendre l'étude à plusieurs spécialités permet de faire une comparaison des résultats et d'identifier de possibles facteurs favorisants liés à la spécialité.

- La charge de travail

Les étudiants en spécialisation effectuent en moyenne 1,46 gardes par semaine, ce qui, rapporté par mois, semble plus important que les résultats trouvés dans plusieurs études réalisées chez les internes de médecine générale en Europe : 3,7 gardes en Ile de France [39]) et entre 3 à 4 gardes mensuelles pour la moitié des internes bordelais [26]). A Nice 72,2% des IMG font plus de 2 gardes par mois, 34,5% à Nantes et 34,7% à Grenoble [42].

4.5. Evaluation du burn-out chez les étudiants inscrits en spécialisation

Notre étude confirme donc la proportion importante d'étudiants en spécialisation qui présente un potentiel *burn-out syndrome* puisque 91,9% de la population présente au moins une sous dimension pathologique.

Plusieurs études et travaux de thèse ont été réalisés ces dernières années notamment en France, où de nombreuses thèses sur le *BOS* des internes de médecine générale ont vu le jour (Strasbourg, Nantes). Celles-ci sont recensées dans le tableau XIII (il n'y est retenu que les études sur les internes en médecine

générale dont le cursus ressemble le plus à ceux des étudiants en spécialisation au Sénégal).

Tableau XIII:Fréquence du syndrome d'épuisement professionnel

	Notre etude	Le Tourneur 2011 [42]	Thevenet 2011 [81]	Ernst 2009 [24]	Barbarin 2008 [5]	Guinaud 2005 [39]
Epuisement Emotionnel						
Moyenne	33,2	20	20,5	19,8	19,7	22,1
Bas (%)	11,3	43,1	43,3	46,6	44	35,7
Modéré (%)	24,7	40,9	33,6	34,2	39	40,2
Elevé (%)	64	16	23	19,2	17	24,1
Dépersonnalisation						
Moyenne	11,3	9,7	9,4	10,4	9,8	10,6
Bas (%)	18,3	22,8	32,4	29,2	28	20,9
Modéré (%)	36,5	43,5	28,7	32,3	37	37,1
Elevé (%)	45,2	33,8	38,8	38,5	35	42
Accomplissement personnel						
Moyenne	46,2	34,8	35,1	37,4	37,4	33,7
Bas (%)	84,9	38,9	35,6	44	42	48,6
Modéré (%)	11,3	33,6	32,6	34,3	36	28,9
Elevé (%)	3,8	27,5	31,6	21,7	22	22,5
Burn out %						
Burn out						
complet (severe)	11,8	7	7,1	4	3,5	
Absence de						
burn out	8	42	35,8	54		

Les étudiants en spécialisation de notre étude avaient un épuisement émotionnel en moyenne nettement plus élevé que celui retrouvé dans les autres études chez les internes Français (32,2) et 64% avaient un degré sévère d'épuisement

émotionnel, taux supérieur à ceux retrouvés dans les autres études allant de 16% dans l'étude de Le Tourneur [42] à 24,1% dans l'étude de Guinaud [39].

La dépersonnalisation moyenne était de 11,3 et 45,2% des étudiants présentaient un stade sévère de dépersonnalisation, résultats assez proches de ceux de Guinaud [39] (moyenne de 10,6 avec 42% ayant un degré sévère de dépersonnalisation). Ce taux est légèrement supérieur à ceux retrouvés dans les études de Le Tourneur (9,7 et 33,8%) [42], Thevenet (9,4 et 38,8%) [81], Ernst (10,4 et 38,5%) [24] et Barbarin (9,8 et 35%) [5], mais la différence est peu importante comparée à celle observée dans l'épuisement émotionnel. Aussi les difficultés d'ordre affectif dans sa vie privée sont subies surtout par les médecins séparés (12,1 % vs 4 % pour les couples et 6,5 % les célibataires) et les hommes (6,1 % vs 4 % des femmes) [33].

Le taux d'étudiants ayant un degré d'accomplissement personnel bas est très important (84,9%), ce qui est nettement supérieur aux résultats obtenus dans les autres études (35,6% pour Thévenet [81] à 48,6% pour Guinaud [39]). Seuls 3,8% avaient un sentiment d'accomplissement personnel élevé, ce qui est aussi très inférieur aux résultats obtenus dans d'autres études (22% dans l'étude Barbarin [5] et 27,7% dans l'étude Le Tourneur [42]).

Ici, comme dans l'étude de Le Tourneur [42], on peut se poser la question de la réalité de la théorie d'initiation du syndrome d'épuisement professionnel, qui, selon Maslach, débute par l'apparition de l'épuisement émotionnel, éventuellement associé à la dépersonnalisation comme moyen de défense contre le *burn-out syndrome*, qui, à eux deux, conduisent à la baisse de l'accomplissement personnel. En effet, nos résultats retrouvent une proportion d'étudiants ayant un accomplissement personnel bas (84,9%) bien plus élevé que ceux souffrant d'épuisement émotionnel (64%) et de dépersonnalisation (45,2%). On peut alors penser que, soit la sous dimension « Accomplissement

Personnel » peut évoluer indépendamment des deux autres sous dimensions contrairement à la théorie de Maslach, soit que les étudiants sont à un stade avancé d'épuisement professionnel. Dans cette hypothèse, l'épuisement émotionnel élevé n'est pas un facteur obligatoire du développement du *burn-out syndrome* ou n'est pas contemporain de la dépersonnalisation élevée ou du bas niveau d'accomplissement personnel. Il pourrait survenir dans un premier temps, s'améliorer et disparaître en laissant la place au paramètre de dépersonnalisation puis de baisse de l'accomplissement personnel. Le facteur de dépersonnalisation pourrait apparaître également en premier comme moyen protecteur de lutte contre le *burn-out*.

Le taux d'étudiants présentant un *burn-out* complet (sévère) était de 11,8% nettement supérieur aux 3,5 et 7,1% retrouvés dans les études antérieures effectués chez les internes en médecine générale. Il en va de même pour le pourcentage d'étudiants ne présentant pas de *burn-out*(8%) comparé à d'autres études, 54% selon Ernst [24]. Ainsi notre étude retrouve un taux plus élevé d'étudiants présentant un *burn out* sévère et un faible taux d'étudiant ne présentant pas de *burn-out*. Ce résultat peut être expliqué par une faible connaissance de l'existence du *burn-out*, une prévention et une information inexistantes sur ce sujet provoquant ainsi la survenue d'un état d'épuisement chez les étudiants en spécialisation au Sénégal. Aussi, il pourrait être dû au fait que les conditions d'apprentissage et d'exercice au Sénégal soient plus difficiles qu'en Europe, notamment en France, exposant ainsi l'étudiant au stress et à la survenue d'un *burn-out*.

4.6. Facteurs associés au *burn-out*

- Genre

Dans notre étude aucune corrélation n'a été retrouvée entre le sexe et les éléments du syndrome d'épuisement professionnel contrairement à de

nombreuses études. En effet l'épuisement émotionnel surviendrait le plus souvent chez les femmes spécialisées dans la relation d'aide [12, 26, 39, 82] et l'hypothèse avancée était qu'elles portent plusieurs responsabilités : l'activité professionnelle, le poids des tâches domestiques et de la prise en charge des enfants, les confrontant davantage au conflit famille/travail, une source importante de *burn-out*. Aussi, il est retrouvé que les hommes sont plus nombreux en proportion à avoir un score de dépersonnalisation élevé [12, 42, 81]. Ces résultats sont souvent associés [12, 26] et pourraient s'expliquer par le fait que les femmes auraient une relation plus empathique et plus affective avec leurs patients que les hommes, qui auraient une pratique plus instrumentale et aussi moins d'implication personnelle [88].

- Âge

Il est retrouvé dans notre travail un lien entre l'âge et la dépersonnalisation, plus importante chez les étudiants âgés de moins de 30 ans ($p=0,001$). Il en est de même dans l'étude de Thévenet, où l'âge jeune est associé à une dépersonnalisation plus sévère ($p=0,03$), probablement comme moyen de protection contre un état de *burn-out* naissant[81]. L'âge supérieur ou égal à 30 ans serait un facteur protecteur de la survenue d'un *burn-out* ($p=0,02$). Le fait de constater l'absence de progression du *burn-out* avec l'âge (et les années d'exercice cumulées) peut étonner. Pour expliquer l'absence de taux élevés à un âge plus tardif, les hypothèses suivantes ont été émises [93]:

- une révision des aspirations ;
- une diminution de l'engagement ;
- une acquisition et un renforcement progressif des compétences, et
- une acquisition de moyens plus efficaces pour faire face.

A noter qu'il faut inclure dans le raisonnement hypothétique, la réorientation professionnelle, l'abandon de la profession par les professionnels épuisés et la mise à la retraite anticipée par invalidité, le décès, parfois par suicide [93].

- Situation matrimoniale

On retrouve, dans notre étude, une corrélation entre la situation matrimoniale et la dépersonnalisation, l'épuisement professionnel sévère et l'absence de score pathologique. En effet les étudiants célibataires seraient plus exposés à la dépersonnalisation ($p=0,01$) et au *burn-out* sévère ($p=0,006$) et le fait d'être marié serait un facteur protecteur du burn-out ($p=0,006$). Il en va de même dans les études de C. Maslach [55]. Les difficultés d'ordre affectif dans sa vie privée seraient subies surtout par les médecins séparés (12,1 % vs 4 % pour les couples et 6,5 % les célibataires) et les hommes (6,1 % vs 4 % des femmes) [33]. Dans notre étude, le support familial apporte un soutien de bonne qualité qui diminue l'incidence du *burn-out* contrairement aux résultats de certaines études [24, 39, 42, 81] où aucun lien significatif n'a été retrouvé entre l'épuisement professionnel et le statut matrimonial.

- Parentalité

La parentalité influencerait seulement la dépersonnalisation avec un score moindre chez les étudiants parents : 63,5% avaient une dépersonnalisation contre 91,2% des étudiants sans enfants à charge ($p=0,0001$). Ceci peut découler du fait qu'avoir un enfant protège contre la déshumanisation des relations et la baisse de l'empathie puisque ces derniers demandent que l'on mette chaque jour son travail de côté afin de s'occuper d'eux [42]. Cependant, de nombreuses études ont montré qu'avoir des enfants ne semble pas influencer le score de *BOS* [9, 24, 81].

- Pratique d'un loisir

Aucun lien significatif n'était retrouvé entre la pratique d'un loisir et le *burn-out syndrome*. Et pourtant, on aurait pu penser, comme dans la thèse de Guinaud que la pratique d'un loisir influencerait positivement la vie professionnelle dans la mesure où leur existence permet aux individus de contrecarrer certaines perceptions négatives du travail [39]. Un passe-temps régulier offre l'occasion d'investissement nouveau où la personne peut s'exprimer librement.

- Niveau d'étude

Aucune corrélation n'était retrouvée dans notre étude et pourtant l'âge supérieur ou égal à 30 ans est retrouvé comme facteur protecteur dans notre étude, on pourrait penser que, comme dans les études de Freudenberg [29], ainsi qu'avec les premiers travaux de Maslach [52], on aurait retrouvé un pic de *burn-out* au cours des premières années, ou les étudiants sont sensés être plus jeunes. Il faut noter ici que l'âge n'est pas en rapport avec le niveau d'étude. La spécialisation peut être commencée à n'importe quel âge et nombreux sont ceux qui attendent quelques années pour avoir les moyens de financer les études de spécialité (la spécialisation étant payante).

- Spécialité

Dans notre étude, le choix des spécialités médicales constitue un facteur de risque de *burn-out* sévère (13,5% contre 10,7% en chirurgie, $p=0,001$) mais surtout d'épuisement émotionnel (100% des étudiants inscrits en Anesthésie-réanimation, 100% en Cardiologie, 93,8% en Médecine Interne et 92,9% en Dermatologie) et de dépersonnalisation (100% des étudiants inscrits en Anesthésie- réanimation, 100% en Cardiologie, 100% en Médecine Interne et 78,6% en Dermatologie). Bien que n'ayant pas trouvé dans la littérature d'étude comparative entre *burn-out* des étudiants ou internes en spécialisation médicale et chirurgicale, nous pouvons rattacher ces résultats au fait que la prise en charge des patients de médecine nécessite une plus grande implication sur le plan émotionnel. En effet, il s'agit la plupart du temps de patients suivis sur une longue durée (cardiopathies, maladies chroniques ou maladies systémiques) ou qui arrivent à un stade terminal de l'évolution d'une pathologie avec complications multiples, nécessitant un soutien psychologique et social. D'où l'origine de l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation survient dans ce cas pour servir de moyen de défense. Par ailleurs, nous retrouvons aussi un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation chez tous les étudiants inscrits

en Cancérologie. Selon l'étude Schraub, la maladie cancéreuse renvoie aux soignants, et la pratique professionnelle le démontre, à des représentations particulières liées aux pathologies lourdes, longues et émotionnellement chargées. La charge émotionnelle est telle qu'elle devient pour les soignants une surcharge émotionnelle. L'installation parfois insidieuse de cette dernière génère des mécanismes de défense. Si le stress est l'ensemble des réactions normales d'adaptation de l'être vivant à un stimulus, quelle qu'en soit sa nature, c'est le stress chronique qui construit le *burn-out* [78] .

Nous n'avons retrouvé aucun score pathologique chez 12,5% des étudiants inscrits à une spécialité chirurgicale contre 1,4% de ceux inscrits à une spécialité médicale ($p < 0,001$), avec une majorité chez les étudiants inscrits en Gynécologie. La chirurgie serait elle moins stressante que la médecine interne du fait des résultats visibles à court termes ?

- Charge de travail

Notre étude retrouve une dépersonnalisation plus fréquente chez les étudiants faisant moins de 2 gardes par semaine. Nous aurions pu imaginer que la surcharge de travail due aux gardes entraînerait une fatigue supplémentaire comme dans l'étude de Thévenet [81] (*burn out* sévère lié de façon significative au nombre de garde $p = 0,0001$) et de Le Tourneur [42]. Le nombre de gardes effectuées par mois constitue également un facteur de risque de *BOS*. On constate en effet que la proportion d'IMG avec 3 scores morbides croît progressivement avec le nombre mensuel de gardes. L'explication serait peut-être que, comme l'avance P.Davezies, les gardes représentent une source de motivation et de satisfaction au travail [20].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Décrit par Freudenberger en 1974, le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out* syndrome est caractérisé par un ensemble de symptômes et de modifications du comportement en milieu professionnel. Il est caractérisé par une triade regroupant l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'altération du sentiment d'accomplissement personnel. Il peut toucher tous les secteurs d'activités, mais il semble que les « professions aidantes » où sont observées des réactions d'intense fatigue et d'usure, comme les professions d'avocats, d'enseignants, les professions médicales, soient les plus exposées.

L'apprentissage des spécialités médico-chirurgicales par les étudiants, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées est une période stressante, pendant laquelle ces derniers doivent acquérir, au prix de longues heures de travail, les connaissances et les pratiques fondamentales pour faire face à leurs futures responsabilités professionnelles.

Malgré les nombreuses études s'y intéressant dans le monde, peu d'entre elles mettent en lumière la problématique du *burn-out* chez les étudiants en médecine en Afrique, notamment au Sénégal.

L'objectif général de notre étude était d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en cours de spécialisation au CHU de Dakar, au Sénégal.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- déterminer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en spécialisation ;
- évaluer leur degré d'épuisement professionnel ;
- déterminer les facteurs aggravants et protecteurs ; et
- envisager des solutions concrètes pour faire face à ce problème.

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Aristide Le Dantec de Dakar et concernait les étudiants de (9) spécialités médicales (l'anesthésie-réanimation, la médecine interne, la dermatologie et la cardiologie) et chirurgicales (la

gynécologie-obstétrique, la chirurgie générale et viscérale, l'orthopédie-traumatologie, l'ophtalmologie et la cancérologie).

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique, menée sur une période de six (6) mois, du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2013, à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

Etait inclus dans l'étude, tout étudiant en spécialisation dans l'une des neuf (9) spécialités choisies et ayant accepté d'y participer.

Pour réaliser cette étude, un questionnaire auto-administré a été remis à l'ensemble des étudiants ayant accepté d'y participer. Il comportait deux (2) parties :

- une première partie qui renseignait sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles, et
- une deuxième partie qui évaluait le syndrome d'épuisement professionnel à l'aide du questionnaire *Maslach Burn-out Inventory*.

Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17.0.

Nous avons soumis au questionnaire 200 étudiants, 192 y ont répondu, soit un taux d'acceptation de 96%.

L'âge moyen des étudiants était de 31,3 ans avec des extrêmes de 24 et 48 ans.

Notre échantillon était constitué de 64% d'hommes. Les étudiants étaient en majorité mariés (51,1%) et 33,9% avaient des enfants à charge.

Plus de la moitié de l'échantillon (54,8%), déclaraient consacrer du temps à un loisir.

Concernant le profil professionnel, les anciens étudiants (en 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année) représentaient un peu plus de la moitié de la population (51,6%). Ils étaient inscrits en majorité à une spécialité médicale (60,2%).

Le nombre d'heures de travail par semaine était en moyenne de 38,1 heures avec 1,46 gardes par semaine.

Concernant l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel, les scores moyens d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et

d'accomplissement personnel étaient respectivement de $33,2 \pm 12,2$ (EE élevé) ; $11,3 \pm 6,5$ (DP modérée) et $46,2 \pm 6,2$ (AP bas).

Pour ce qui est de l'influence des différents paramètres sociodémographiques et professionnelles sur le syndrome d'épuisement professionnel, nous avons retrouvé les corrélations suivantes :

- Etre âgé de moins de 30 ans constitue un facteur de risque d'épuisement professionnel. Ce risque concerne surtout la sous dimension «Dépersonnalisation» avec un score pathologique chez 95,4% des étudiants âgés de moins de 30 ans. Aussi l'épuisement professionnel sévère est plus fréquent chez les étudiants âgés de moins de 30 ans (16,9% contre 8,8% pour les plus de 30 ans). Par ailleurs être âgé de 30 ans et plus serait un facteur protecteur.
- Le sexe ne constitue pas un facteur de risque d'épuisement professionnel. En effet, la proportion d'hommes et de femmes est identique pour les 3 sous dimensions du syndrome d'épuisement professionnel, mais également en ce qui concerne le nombre de scores pathologiques.
- La situation matrimoniale ne modifie pas les scores d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel ; mais les scores de dépersonnalisation sont moindres chez les étudiants mariés (71,6% versus 93,2% chez les étudiants célibataire, $p = 0,01$). Considérant globalement les 3 sous dimensions, être célibataire expose au risque de syndrome d'épuisement professionnel.
- Le syndrome d'épuisement professionnel dans sa sous dimension Epuisement émotionnel est plus fréquent chez les étudiants sans enfants à charge que chez les étudiants parents. Par contre, la dépersonnalisation est significativement plus importante chez les étudiants sans enfants (91,2% versus 63,5%, $p < 0,0001$).
- La pratique d'un loisir semble protéger du risque de syndrome d'épuisement professionnel avec aucun score pathologique chez 9,8% des

étudiants pratiquant un loisir contre 6,1% chez ceux qui ne pratiquent pas de loisir. En outre, les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés, associés à un accomplissement personnel bas sont plus importants chez les étudiants qui ne pratiquent pas de loisir.

- L'ancienneté n'est pas un facteur de risque d'épuisement professionnel. Les scores d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation élevés et d'accomplissement personnel bas ne varient pas significativement entre les deux catégories d'ancienneté. Il n'existe pas de différence significative dans la proportion d'étudiant n'ayant aucun score pathologique et ceux qui en ont trois.
- Les spécialités médicales exposent, de façon statistiquement significative, au syndrome d'épuisement professionnel. En témoigne les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés, et la proportion de scores pathologiques plus élevée. Des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation sont retrouvés chez la quasi-totalité des étudiants inscrits dans les spécialités médicales. Les étudiants inscrits au D.E.S de Gynécologie-Obstétrique ont des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les plus bas. En plus, 23,4% d'entre eux n'ont aucun score pathologique. Les spécialités chirurgicales enregistrant plus de scores pathologiques sont l'Orthopédie-Traumatologie, la Chirurgie générale et la Cancérologie.
- Les étudiants travaillant plus de 30 heures par semaine sont plus nombreux à avoir des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés. A contrario, ceux travaillant moins de 30 heures par semaine ont plus de risque d'avoir 3 scores pathologiques, paramètre renseignant sur la profondeur du *BOS*.
- Le nombre de gardes par semaine n'influence pas significativement les scores d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel. Plus de 2 gardes par semaine semble protéger du syndrome d'épuisement

professionnel. En plus, les scores de dépersonnalisation plus élevés sont retrouvés chez les étudiants ayant au plus 2 gardes par semaine.

Au vu de ces résultats, nous émettons les recommandations suivantes :

A l'endroit des étudiants :

- Adopter une « hygiène de vie professionnelle », ménageant des temps de repos ;
- Changer d'environnement de temps à autre : organiser des sorties récréatives ou des activités sociales ; pratiquer un loisir ;

A l'endroit des institutions :

- Promouvoir les activités familiales ;
- Créer des cellules d'écoute au sein de l'hôpital pour informer sur l'existence du *BOS* et discuter des moyens de prévention et de prise en charge ;
- Réduire la charge de travail
- Créer des centres d'accueils médico psychologiques universitaires ;
- Faciliter l'accès à des formations en psychologie médicale (relation médecin malade), en communication (techniques de communication, gestion des conflits...) en gestion du stress et management ;
- Valoriser le travail de l'étudiant en spécialisation et améliorer les relations et la communication entre collègues ;
 - Faciliter et favoriser l'accès aux soins pour les Médecins ;
 - Assurer le suivi des médecins hospitaliers par un médecin du travail ;
 - Procéder à une évaluation initiale et une réévaluation régulière des aptitudes physiques et mentales ;
 - Former les médecins à la prise en charge d'un confrère ; et
 - Améliorer la protection sociale des médecins.

REFERENCES

1. ARONSON E, KAFRY D, PINES A.

Se vider dans la vie et au travail. Montreal: Éditions Le Jour; 1982.

2. BAKKER AB, DEMEROUTI E, SCHAUFELI WB.

The crossover of burnout and work engagement among working couple.
Human Relat 2005; 58 (5):661-89.

3. BAKKER AB, SCHAUFELI WB, SIXMA HJ, BOSVELD W.

Burn-out contagion among general practitioners.
J Soc Clin Psychol 2001;20(1):82-98.

4. BAKKER AB, SCHAUFELI WB, SIXMA HJ, BOSVELD W, VAN DIERENDONCK D.

Patient demands, lack of reciprocity, and burn-out: A five-year longitudinal study among general practitioners.
Journal of Organizational Behavior 2000;21(4):425-41.

5. BARBARIN B.

Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les Internes de médecine générale : enquête transversale à la Faculté de Nantes [Med]. Nantes: Université de Nantes; N°2009NANT008M, 2009; 25p.

6. BARBIER D.

Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant.
Presse Med 2004;33(6):394-8.

7. BLANCHARD P, TRUCHOT D, ALBIGES-SAUVIN L.

Prevalence and causes of burn-out amongst oncology residents : A comprehensive nationwide cross-sectional study.
Eur J Cancer 2010;46:2708-15.

8. BURKI A, KNAPP T, LÜTHI A, MASLACH C, ZANETTI D.

Burn-out : L'épuisement professionnel. Presses du Belvédère; 2006. 149 p.

9. CANOÛ P, MAURANGES A.

Le burn-out à l'hôpital. Le Syndrome d'épuisement professionnel. 4 ed; Paris: Masson; 2008.

10. CARPENTER L, SWERDLOW A, FEAR N.

Mortality of doctors in different specialities: findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants.

Occup Environ Med 1997; 54:388-95.

11. CATHEBRAS P, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D.

Epuisement professionnel chez les médecins généralistes.

Presse Med 2004;33(22):1569-74.

12. CAUCHARD.

De l'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon. Thèse de doctorat en Médecine. Montpellier: Université de Montpellier I; 2009; N°2009MON11062, 155p.

13. CEDFELDT A, BOWER E, ENGLISH C, GRADY-WELIKY T, GIRARD D, CHOI D.

Personal time off and residents' career satisfaction, attitudes and emotions.

Med Educ 2010;44(10):977-89

14. CHANDLER EV, JONES CS.

Cynicism - an inevitability of police work ?

Journal of Police Science and Administration 1979;7(1):65-8.

15. CHERNISS C.

Professional burn-out in human service organizations Californie: Praeger; 1980. 295p.

16. CHERNISS C.

Staff Burn-out : job stress in the human services. Beverly Hills: Sage; 1980.

17. CHOCARD A, JUAN F.

Suicide et tentatives de suicide chez les médecins.

La lettre du psychiatre 2007(3):10-4.

18. COLSON J.

L'épuisement professionnel est très difficile à diagnostiquer.

Bulletin National de l'Ordre des Médecins 2011;18:7.

19. COOPER C, CARTWRIGHT S.

Healthy Mind; Healthy Organization- A Proactive Approach to Occupational Stress.
Human Relations 1994;47(4):455- 71.

20. DAVEZIES P, DANIELLOU F.

L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude comparative en Poitou-Charentes. Poitou-Charentes: Rapport de recherche sur l'URML de Poitou-Charentes, 2004.

21. DUSMESNIL H, SERRE B, REGI J, LEOPOLD Y, VERGER P.

Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants.
Sante Publique 2009;21(4):355-64.

22. DYRBYE L, MASSIE FJ, EACKER A.

Relationship Between Burn-out and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students.
JAMA 2010;304:1173-80.

23. DYRBYE L, THOMAS M, MASSIES F, POWER D.

Burn-out and suicidal ideation among US Medical students.
Ann Intern Med 2008;149(5):334-41.

24. ERNST M.

Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. Thèse de doctorat en Médecine. Strasbourg: Université de Strasbourg; N° 2009STRA3132, 2009, 104p.

25. FARBER B.

Introduction: Understanding and treating burn-out in a changing culture. Junior College Leadership Program JCLP/In Session: Psychotherapy in Praticce.
J Clin Psychol 2000; 56(5):675-89.

26. FERAUDET L.

Burn-out des internes du CHU de Bordeaux ou la méréule psychologique des internes. Thèse de doctorat en Médecine. Bordeaux: Université de Bordeaux II; N° 2009B0R2M019, 2009, 162p.

27. FOLKMAN S, LAZARUS RS.

Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984. 456p.

28. FOTHERGILL A, EDWARDS D, BURNARD P.

Stress, burn-out, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review.

Int J Soc Psychiatry Review 2004;50(1):54-65.

29. FREUDENBERGER H.

Staff burn-out.

Journal of Social Issues 1974;30(1):159-65.

30. FREUDENBERGER H, RICHELSON G.

Burn-out: The High Cost of High Achievement. New York: Bantam Book; 1981.

31. FREUDENBERGER HJ.

Journal of social issues. MA: Edition Malden ; 1974.

32. GALAM E.

Dossier Burn-out.

Le Concours médical 2008 393-405.

33. GALAM E.

L'Epuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Ile de France: URML Commission Prévention et Santé Publique Juin 2007.

34. GARROSA E, MORENO-JIMENEZ B, LIANG Y, GONZALEZ J.

The relationship between sociodemographic variables, job stressors, burn-out, and hardy personality in nurses.

Int J Nurs Stud 2008;45(3):418-27.

35. GEZONDHEIDSZORG CENTER.

Burn-out des médecins généralistes : prévention et prise en charge. KCE reports. 2011.

36. GOEHRING C, BOUVIER GALLACCHI M, KUNZI B, BOVIER P.

Psychosocial and professional characteristics of burn-out in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey.
SwissMed 2005;135(7-8):101-8.

37. GOITEIN L, SHANAFELT T, WIPF J, SLATORE C, BACK A.

The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program.
Arch Intern Med 2005;165(22):2601-6.

38. GRANTHAM H.

Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel.
Ann Med Psychol 1985;143(8):776-81.

39. GUINAUD M, COMPAGNON L.

Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Thèse de doctorat en Médecine. Créteil: Université de Paris-Val-de-Marne; 2006, N° 2006PA121033, 80p.

40. JONCKHEER P, STORDEUR S, LEBEER G.

Burn-out des médecins généralistes : prévention et prise en charge Bruxelles: centre fédéral d'expertise des soins de santé Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, 2011.

41. LANGUEVIN V, BOINI S, FRANÇOIS M, RIOU A.

Risques psychosociaux : outil d'évaluation Maslach Burnout Inventory (MBI)
Références en santé au travail 2012;26(131):159.

42. LE TOURNEUR A, KOMLY V.

Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse de doctorat en Médecine. Grenoble: Université Joseph Fournier; N° 2011GRE15117, 2011; 135p.

43. LEGMANN M.

Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. France: Conseil national de l'ordre des médecins, 2010.

44. LEITER M, SCHAUFELI W.

Consistency of the burn-out construct across occupations.
Anxiety, Stress and Coping 1996;9:229-43.

45. LEITER M, SPENSE LASCHINGER H.

Relationships of work and practice environment to professional burn-out : testing a causal model.
Nurs Res 2006;55(2):137-46.

46. LEMKAU J, PURDY R, RAFFERTY J, RUDISILL J.

Correlates of burn-out among family practice residents.
J Med Educ 1988;63:691-2

47. LEOPOLD Y.

Burn-out. Suicide. Médecin Malade. France: PACA, CARMF; 2009.

48. LEOPOLD Y.

Les chiffres du suicide chez les médecins. Conseil national de l'Ordre des médecins, Octobre 2003.

49. LEOPOLD Y.

Médecine du travail ? Médecine préventive ? Le journal de médecins libéraux PACA. Juillet 2009.

50. LEVASSEUR G.

La santé des médecins bretons. Bretagne: URLM, 2003.

51. MARC E.

Psychologie de l'identité : Soi et le groupe: Dunod; 2004. 264 p.

52. MASLACH C.

Burn-out: The Cost of Caring. NJ: Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1982.

53. MASLACH C.

Burned out.
Human Behavior 1976;5:16-22.

54. MASLACH C, JACKSON SE.

Maslach Burn-out Inventory manual 2nd ed. Palo Alto, CA, 1986. 34 p.

55. MASLACH C, JACKSON SE.

The measurement of experienced burn-out.

Journal of Occupational Behaviour 1981;2:99-113.

56. MASLACH C, LEITER M.

Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel: Les Arènes; 2011. 270 p.

57. MASLACH C, SCHAUFELI W, LEITER M.

Job Burn-out.

Annu Rev Psychol 2001;52(1):397-422.

58. MAYENIN M.

Dehumanisation of Humanity. UK: Lulu Enterprises; 2007.

59. MECHANIC D.

Physicians discontent : Challenges and opportunities.

JAMA 2003;290(7):941-6.

60. MELAMED S, SHIROM A, TOKER S, BERLINER S, SHAPIRA I.

Burn-out and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions.

Psychol Bull 2006;132(3):32-53.

61. MELAMED S, UGARTEN U, SHIROM A, KAHANA L, LERMAN Y, FROMM P.

Chronic burn-out, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels.

J Psychosom Res 1999 juin;46(6):591-8.

62. MESTERS P, PETERS S.

Vaincre l'épuisement professionnel : Toutes les clefs pour comprendre le burn-out.

Paris:Robert Laffont; 2007.

63. MOURIÈS R, GALAM E, SAFOUANE R.

Burn-out des médecins libéraux. Mise en place d'un dispositif d'aide et de soutien spécialement dédié aux médecins libéraux en difficulté en Ile de France. In: AAPML, editor. Point presse; France2005.

64. NICOLLE M.

Formation à la relation thérapeutique. La Revue du praticien Médecine générale. 2008;22(806):779.

65. OPPENHEIM-GLUCKMAN H.

Les groupes Balint aujourd'hui.

La Revue du praticien Médecine générale 2008;22(802):522-3.

66. PERVIN LA, JOHN OP.

Handbook of personality : Theory and Research. 2nd ed. New York: Wiley: The Guilford Press; 2001. 738 p.

67. PINES A, ARANSON E, KAFRY D.

Le burn-out: se vider dans la vie et au travail. Montréal: Edition Le jour; 1982. 303 p.

68. PINES AM.

Couple burn-out: causes and cures. New York: Edition Routledge; 1996. 269 p.

69. PRINS J, SM G-D, DILLINGH G, VAN DE WIEL H.

The relationship between reciprocity and burn-out in Dutch medical residents. Med Educ 2008;42(7):721-8.

70. PURDY R, LEMKAU J, RAFFERTY J, RUDISILL J.

Resident physicians in family practice: who's burned out and who knows? . Fam Med 1987;19(3): 203-8.

71. REYNAERT C, LIBERT Y, JANNE P, ZDANOWICZ ZN.

Comment allez-vous docteur ? Le burn-out du médecin. Louvain Med 2001;120(9):296-310.

72. RICHARDSEN A, BURKE R, LEITER M.

Occupational demands, psychological burn-out and anxiety among hospital personnel in Norway.

Anxiety, Stress, and Coping 1992; 5(1):55-68.

73. ROSE KD, ROSOW I.

Physicians who kill themselves.

Arch Gen Psychiatry 1973;29(6):800-5.

74. ROSS RR, ALTMAIER EM, RUSSELL DW.

Job stress, social support, and burn-out among counseling center staff.

Journal Counsel Psychol 1989;36(4):464-70.

75. SANSONE R, SANSONE L.

Physician suicide: a fleeting moment of despair

Psychiatry 2009;6(1):18- 22.

76. SATTERFIELD J, BECERRA C.

Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups.

Med Educ 2010;44(9):908-16.

77. SCHAUFELI W, MASLACH C, MAREK T.

Professional Burn-out: Recent Developments in Theory and Research. USA: Taylor & Francis;1996. 312 p.

78. SCHRAUB S, MARX E.

Burn out syndrom in oncology

Bull Cancer 2004;91(9):673-6.

79. SHANAFELT T, BRADLEY K, WIPF J, BACK A.

Burn-out and self-reported patient care in an internal medicine residency program.

Ann Intern Med 2002;136(5):358-67.

80. SOLER JK, YAMAN H, ESTEVA M, DOBBS F, ASENOVA RS, KATIC M.

Burn-out in European family doctors: the EGPRN study.

Fam Pract 2008;25(4):245-65.

81. THEVENET.

Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'île de France et de Languedoc Roussillon. Thèse de doctorat en Médecine. Paris: Université Pierre et Marie Curie; N° 2011PA06G057, 2011; 175p.

82. THOMAS NK.

Resident burnout.

JAMA 2004; 292(23):2880-9

83. TISSOT M.

De la santé des gens de lettre. . Lausanne: Paris Didot; 1768. p. 246.

84. TRUCHOT D.

The burn-out syndrome among GP: Influence of perceived inequity and communal orientation.

Ann Med Psychol 2009;167(6):422-8.

85. TRUCHOT D.

Épuisement professionnel et burn-out: Concepts, modèles, interventions. Paris: Dunod; 2004, 280p.

86. TRUCHOT D.

Le burn-out des médecins généraliste de Poitou-Charentes. Poitou-Charentes: Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes, 2004.

87. TRUCHOT D.

Le Burn-out des médecins libéraux de Bourgogne, . Dijon: Rapport de recherche de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne 2001.

88. TRUCHOT D.

Le burn-out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Champagne-Ardenne: Rapport de recherche pour l'Union Régional des Médecins Libéraux de Champagne-Ardenne, 2003.

89. TRUCHOT D, KMIEC-BARDU R, editors.

Equité perçue et burn-out chez les médecins français et roumains : une analyse exploratoire. Communication au 5e congrès international de psychologie sociale en langue française; 1-4 sept 2004; Lausanne: ADRIPS.

90. UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR.

PLAN STRATEGIQUE 2011-2016.

http://www.ucad.sn/docs/ucad_plan_strategique_2011_2016.pdf

91. VEIL C.

Les états d'épuisement "*Primum non nocere*".

Le Concours Médical 1959;23:2675- 81.

92. VELLUET L, CATU-PINAULT A.

Le groupe Balint. Une formation pour les médecins de famille.

La Revue du praticien Médecine générale 2007:788-9.

93. WIERTZ R.

Psychiatre et Burnout? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Epuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais. Thèse de doctorat en Médecine. Lille: Université Lille 2 Droit et santé; N° 2012LIL2M092, 2012; 225p.

94. WOLPIN J, BURKE R, GREENGLASS E.

Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burn-out? Human Rel 1991; 44: 193-209.

95. ZETER C.

Burn-out, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse de doctorat en Médecine. Poitou-Charentes: Université de Poitier; N° 2004POIT1019, 2004; 222p.

ANNEXES

Evaluation du syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en spécialisation au CHU de Dakar

Bonjour Monsieur, Madame, je m'appelle Diago Anta DIA, étudiante en Médecine en année de thèse, je travaille avec l'équipe du Professeur Jean-Charles MOREAU, Titulaire de la Chaire de Gynécologie-Obstétrique dans le cadre de ma thèse intitulée : « Evaluation du syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en spécialisation au CHU de Dakar ».

Le syndrome d'épuisement professionnel peut toucher tous les secteurs d'activité mais il semble selon les observations réalisées que les « professions aidantes » impliquant un engagement relationnel important comme les avocats, les enseignants et les professions médicales soient les plus exposées.

L'apprentissage des spécialités médico-chirurgicales pour les DES et internes est une période stressante pendant laquelle ils doivent acquérir au prix de longues heures de travail les connaissances et les pratiques fondamentales pour faire face à leurs futures responsabilités professionnelles.

L'objectif de ce travail (*à l'aide du Maslach Burn-out Inventory*) est d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en formation et de déterminer, le cas échéant, des facteurs aggravants et protecteurs.

Ce questionnaire est totalement anonyme et son exploitation se servira qu'à des fins statistiques.

Merci de ces quelques minutes que vous prendrez pour remplir ce questionnaire.

Caractéristiques socio-professionnelles

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Age :

Situation matrimoniale : Marié (e) ☐ **Célibataire** ☐

Nombre d'enfant :

Année d'étude : 1A ☐ 2A ☐ 3A ☐ 4A ☐ 5A ☐

Spécialité :

Nombre d'heures de travail par semaine (gardes non comprises) : 12

Nombre de gardes par semaine : 10

Pratiquez vous un loisir ? : oui ☐ non ☐

Questionnaire Maslach Burn-out Inventory (MBI)

[illegible]

[illegible]

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ! »

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président du jury

.....

Vu :

Le Doyen de

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop
de Dakar et par délégation

Le Doyen

Pr. Abdarahmane DIA

RESUME

Objectif : Evaluer le syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en cours de spécialisation dans les hôpitaux de Dakar, au Sénégal.

Matériels et méthodes : Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Aristide Le Dantec de Dakar et concernait les étudiants de 9 spécialités médicales et chirurgicales.

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique, menée sur une période de 6 mois, du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2013. Pour réaliser cette étude, un questionnaire auto-administré a été remis à l'ensemble des étudiants ayant accepté d'y participer. Il comportait deux parties une première partie renseignait sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles, et une deuxième partie qui évaluait le syndrome d'épuisement professionnel à l'aide du questionnaire *Maslach Burn-out Inventory* (MBI).

Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17.0.

Résultats : Le taux d'acceptation était de 96%. L'âge moyen des étudiants était de 31,3 ans avec 64% d'hommes. Les étudiants étaient en majorité mariés (51,1%) et 33,9% avaient des enfants à charge. Plus de la moitié de l'échantillon (54,8%), déclaraient consacrer du temps à un loisir.

Concernant le profil professionnel, les anciens étudiants (en 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année) représentaient 51,6% de l'échantillon. Ils étaient inscrits en majorité à une spécialité médicale (60,3%). Le nombre d'heures de travail par semaine était en moyenne de 38,1 heures avec 1,46 gardes par semaine.

Les scores moyens d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel étaient respectivement de $33,2 \pm 12,2$ (EE élevé) ; $11,3 \pm 6,5$ (DP modéré) et $46,2 \pm 6,2$ (AP bas).

L'âge jeune (< 30 ans) et le célibat constituaient des facteurs de risque d'épuisement professionnel.

Le syndrome d'épuisement émotionnel est plus fréquent chez les étudiants sans enfants à charge que chez les étudiants parents et la pratique d'un loisir semble protéger du risque de syndrome d'épuisement professionnel.

Les spécialités médicales exposent, de façon statistiquement significative, au syndrome d'épuisement professionnel.

Les étudiants inscrits au D.E.S de Gynécologie-Obstétrique avaient des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les plus bas.

Les étudiants travaillant plus de 30 heures par semaine étaient plus nombreux à avoir des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés.

Conclusion : Le syndrome d'épuisement professionnel est une réalité dans nos hôpitaux. La valorisation du travail de l'étudiant, la création d'activités récréatives et d'espaces de discussion constituent des moyens de prévention de ce syndrome.