HAL
open science

Syndrome d'épuisement professionnel et qualité de vie des internes de médecine générale de l'île de La Réunion

Romain Bergonnier

To cite this version:

Romain Bergonnier. Syndrome d'épuisement professionnel et qualité de vie des internes de médecine générale de l'île de La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01302620

HAL Id: dumas-01302620

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302620

Submitted on 26 May 2016

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016 N°48

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 7 Avril 2016

Par BERGONNIER Romain

Docteur en sciences pharmaceutiques et biologiques

Né le 24 septembre 1981 à Cormeilles en Parisis

Syndrome d'épuisement professionnel et qualité de vie des internes de médecine générale de l'île de La Réunion.

Directeur de thèse

Dr Erick GOKALSING, psychiatre.

Jury

Pr Bernard GAY Président

Dr Philippe DESMARCHELIER

Pr Jean Marc FRANCO

Dr Pierre ROUFFET

Dr Erick GOKALSING

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Bernard Gay, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Qu'il soit assuré de ma profonde gratitude pour sa disponibilité.

A Monsieur le Dr Philippe Desmarchelier, qui m'a fait l'honneur de juger ce travail et qui m'a accompagné tout au long de ma formation, notamment durant les séances d'enseignement et lors de la préparation du Portfolio.

A Monsieur le Dr Erick Gokalsing, pour avoir accepté d'encadrer ce travail malgré la distance et pour avoir cru en celui-ci. Merci pour vos encouragements, votre oreille attentive et vos conseils précieux.

Au Professeur Jean-Marc Franco, pour avoir accepté de juger ce travail et pour toute son implication dans la formation des internes de médecine générale de La Réunion.

A Monsieur le Dr Pierre Rouffet, pour avoir accepter de juger ce travail et pour tous ses excellents conseils tout au long de ma formation, pour son soutien, sa joie et sa bonne humeur.

A tous les enseignants de médecine générale, sollicités durant les séances d'enseignements lors de mon recueil de données.

A l'ensemble des médecins qui m'ont encadré et aidé à me construire tout au long de mon internat, sur le plan professionnel et personnel.

A tous les internes Peï, je ne vous oublierai jamais…

A mes parents pour leur amour, leur patience, leurs encouragements et à ma sœur pour son aide précieuse tout au long de ce travail.

A Marjorie, pour son soutien, sa patience, son amour perpétuel et ses encouragements. Je ne l'oublierais jamais. Maintenant j'arrête les études… A Antoine et Paul, les plus beaux cadeaux que tu ai pu me faire.

« La médecine est une maladie qui frappe les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus, obligé d'en crever. »

M. Winckler, *La maladie de Sachs,* P.O.L. 1998.

Table des matières :

REMERCIEMENTS : **2**
TABLE DES MATIERES : **4**
INDEX DES TABLEAUX : **7**
INDEX DES FIGURES : **7**
TABLE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS : **8**

PREAMBULE : LE SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL, ETAT DE LA QUESTION. **9**

I. HISTORIQUE ET DEFINITIONS : LA NAISSANCE DU CONCEPT D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : **10**
1. HISTORIQUE, NAISSANCE ET EVOLUTION DU CONCEPT : 10
2. DEFINITIONS DU CONCEPT : 16

II. DESCRIPTION CLINIQUE DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : **18**
1. LES 3 DIMENSIONS FONDAMENTALES : 18
1.1. L'épuisement émotionnel : 19
1.2. La dépersonnalisation : 19
1.3. La perte d'accomplissement personnel : 20
2. SIGNES CLINIQUES : 20
3. OUTILS DE MESURE DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : 22
4. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ET LIMITES DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : 22
4.1. Psychopathologie du travail et syndrome d'épuisement professionnel : 23
4.2. Stress et syndrome d'épuisement professionnel : 25
4.3. Syndrome d'épuisement professionnel et troubles psychiatriques : 26
4.3.1. Syndrome d'épuisement professionnel et dépression : 26
4.3.2. Syndrome d'épuisement professionnel et troubles anxieux : 27
4.3.3. Syndrome d'épuisement professionnel et somatisation : 27
4.3.4. Syndrome d'épuisement professionnel : Un trouble de l'adaptation ? 28
5. FACTEURS FAVORISANT LA SURVENUE DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : 28
5.1. Au niveau organisationnel : 28
5.1.1. Contenu de l'activité : 28
5.1.2. Contrôle de la charge de travail: 28
5.1.3. Conditions de travail : 29
5.1.4. Interactions travail - vie privée : 29
5.2. Au niveau interindividuel : 29
5.2.1. La relation avec le patient : 29
5.2.2. La relation avec les collègues : 30
5.2.3. Le soutien social : 31
5.2.4. Le burnout : 31
5.3. Au niveau individuel : 31

5.3.1. La personnalité : 32
5.3.2. Les stratégies d'adaptation aux situations stressantes : 33
5.3.3. La croyance : 33
5.3.4. L'approche au travail: 34
6. Les conséquences du syndrome d'épuisement professionnel : 35

III. SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES INTERNES EN MEDECINE GENERALE DE FRANCE : 36
1. GENERALITES : SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES MEDECINS EN ACTIVITE LIBERALE : 36
2. CAS PARTICULIER DE L'INTERNE EN MEDECINE GENERALE : 37
3. REVUE DE LITTERATURE : LE SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES INTERNES EN MEDECINE GENERALE : 39

IV. L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE DANS L'OCEAN INDIEN : 43

V. LA QUALITE DE VIE : 44

ETUDE DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET DE LA QUALITE DE VIE CHEZ LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE LA SUBDIVISION OCEAN INDIEN EN POSTE A L'ILE DE LA REUNION EN 2015. 46

INTRODUCTION : 47

MATERIELS ET METHODE : 49
1. Population : 49
1.1. Critères d'inclusion : 49
1.2. Critères de non-inclusion : 49
2. Matériels utilisés : 50
2.1. Questionnaire réalisé spécifiquement pour cette enquête : 50
2.2. Evaluation du Burnout : Le Maslach Burnout Inventory : 50
2.3. Evaluation de la Qualité de Vie : 51
3. PROCEDURE : 51
4. METHODE D'ANALYSE ET TESTS STATISTIQUES UTILISES: 51

RESULTATS DE L'ETUDE : 53
1. POPULATION RECRUTEE ET DIAGRAMME DE FLUX : 53
2. STATISTIQUES DESCRIPTIVES : 54
2.1. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée : 54
2.1.1. Sexe : 54
2.1.2. Âge : 54
2.1.3. Vie personnelle : 54
2.1.4. Université d'origine : 55
2.2. Caractéristiques professionnelles : 55
2.2.1. Charge de travail : 58

2.2.2. Orientation en médecine générale et souhait de réorientation : 59
2.2.3. Choix et modalités de connaissance de la subdivision Océan Indien : 60
2.2.4. Avenir professionnel : 61
2.2.5. Stress professionnel : 62
2.2.6. Formation et reconnaissance : 62
2.3. Santé et mode de vie des internes : 63
2.3.1. Santé et addictions : 63
2.3.2. Santé et psychiatrie : 64
2.3.3. Mode de vie : 64
2.3.4. Effet du sentiment d'expatriation : 65
2.4. Evaluation de la qualité de vie des internes : 65
2.4.1. Evaluation subjective par une échelle visuelle analogique : 65
2.4.2. Evaluation par le WHO5 : 66
2.5. Evaluation du syndrome d'épuisement professionnel par le *Maslach Burnout Inventory* : 67
2.5.1. Epuisement émotionnel : 67
2.5.2. Dépersonnalisation : 67
2.5.3. Accomplissement personnel : 67
2.5.4. SEP bidimensionnel : 68
2.5.5. SEP sévère complet ou tridimensionnel : 68
2.5.6. Absence de SEP : 69
3. ANALYSES STATISTIQUES MULTIVARIEES : 69
3.1. Effet du sexe : 69
3.2. Effet de l'âge : 71
3.3. Effet de l'année d'internat : 72
3.4. Effet du stage en cours : 74
3.5. Effet de la charge de travail : 75
3.6. Effet de l'origine géographique : 76
3.7. Effet des spécificités locales : 77
4. ETUDES ET RECHERCHE DE FACTEURS ASSOCIES AU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL (SEP) : 77
4.1. Principaux résultats : 78
4.2. Facteurs liés à l'épuisement émotionnel (EE) : 80
4.3. Facteurs liés à la dépersonnalisation (DP) : 82
4.4. Facteurs liés à la baisse d'accomplissement personnel : 83
4.5. Facteurs liés au SEP bidimensionnel : 85
4.6. Facteurs liés au SEP tridimensionnel ou complet : 87
4.7. Facteurs liés à l'absence de SEP : 88
4.8. Récapitulatif des principaux facteurs associés au SEP : 89

DISCUSSION : 91

CONCLUSION : 110

BIBLIOGRAPHIE : 112

ANNEXES : 118

ANNEXE N°1 : QUESTIONNAIRE WHOQOL-BREF 5 SELON L'OMS. 118
ANNEXE N°2 : NOTE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT. 119
ANNEXE N°3 : QUESTIONNAIRE. 121
ANNEXE N°4 : SERMENT D'HIPPOCRATE. 126

Index des tableaux :

TABLEAU 1 : BIG FIVE ET LIEN AVEC LE BURNOUT (46) 32
TABLEAU 2 : REVUE DE LITTERATURE DES PRINCIPALES ETUDES DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES INTERNES EN MEDECINE. 41
TABLEAU 3 : FACTEURS ASSOCIES AU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL 79
TABLEAU 4 : FACTEURS LIES A L'EPUISEMENT EMOTIONNEL 80
TABLEAU 5 : FACTEURS LIES A LA DEPERSONNALISATION 82
TABLEAU 6 : FACTEURS LIES A LA BAISSE D'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL 83
TABLEAU 7 : FACTEURS LIES AU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL BIDIMENSIONNEL 85
TABLEAU 8 : FACTEURS LIES AU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL TRIDIMENSIONNEL OU COMPLET 87
TABLEAU 9 : FACTEUR LIES A L'ABSENCE DE SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL 88

Index des figures :

FIGURE 1 : PSYCHOPATHOLOGIE AU TRAVAIL SELON P. CANOUÏ (47) 23
FIGURE 2 : DIAGRAMME DE FLUX DE NOTRE ETUDE 53

Table des acronymes et abréviations :

AP : Accomplissement personnel

BOS : Burnout syndrom

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DOM : Département d'outre mer

DP : dépersonnalisation

ECN : Epreuves nationales classantes

EGPRN : European general practice research network

EE : Epuisement émotionnel

IMG : Interne en médecine générale

MBI : Maslach Burnout Inventory

PCEM1 : Première année de premier cycle d'étude médicale

OMS : Organisation mondiale de la santé

SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

SEP : Syndrome d'épuisement émotionnel

T1, T2, T3 : Internes de 1^{ière}, de 2ième et de 3ième année

WHOQOL : World Health Organisation Quality Of Life assessment

Préambule : Le syndrome d’épuisement professionnel, état de la question.

I. Historique et définitions : La naissance du concept d'épuisement professionnel :

1. Historique, naissance et évolution du concept :

Le travail est une des notions les plus anciennes existante ; Pour survivre ou pour vivre… il est devenu essentiel à la vie moderne. Néanmoins, le concept de burnout est plutôt récent.

Il apparaît progressivement aux environs du 18ème siècle, lors de la révolution industrielle qui entraîne de nombreuses transformations dans le monde du travail, avec une désorganisation sociale indéniable. Les ouvriers étaient en effet utilisés tels des esclaves : les plus résistants finissaient par tomber malade, et les malades mourraient. Ce n'est qu'en 1873 qu'Otto Von Bismarck, le premier chancelier allemand, propose une loi sur la responsabilité des employeurs dans l'atteinte à l'intégrité de la santé des travailleurs, avant de créer le premier système de sécurité sociale du pays (1).

En 1768, le médecin suisse Samuel 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 et l'hygiène du travail (2).

Ce n'est qu'à partir du 20ième siècle que la définition de stress apparaît : tout d'abord avec Hans Selye, qui décrit en 1936 le syndrome général d'adaptation (3) « *le stress, c'est la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. Donc, dès qu'une pression s'exerce sur notre organisme, celui-ci se mobilise pour y répondre. Deux options s'offrent à nous : ou bien la lutte ou la fuite.* »
C'est le postulat de la loi de Yerkes-Dodson : un stress "raisonnable" augmente le rendement (on parle de stress positif ou eustress) alors qu'un stress trop élevé peut avoir des conséquences néfastes avec une diminution du rendement (on parle alors de stress négatif ou dystress) (3).

En 1959, Claude Veil développe l'idée de l'épuisement professionnel en décrivant les états d'épuisement au travail (4). Ce psychiatre français débute dans le premier centre de 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.
« *La maladie, écrit-il, 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* ». La prévention de cet état d'épuisement repose sur l'éducation du public, l'hygiène du travail et les mesures sociales.

Le burnout était devenu un élément de la réalité sociale et c'est plus « par accident » que des cliniciens comme Herbert Freudenberger puis des chercheurs comme Christina Maslach s'y sont intéressés.

Herbert Freudenberger (psychanaliste allemand), intervenait en tant que psychiatre et psychanalyste dans une *free clinic* dans le Lower East Side de New York. Les *free clinics* étaient des lieux de soins chargés de la prise en charge des toxicomanes qui exigeaient une grande disponibilité de la part des soignants. En 1970, Herbert Freudenberger utilisera dans ses écrits le terme de « burnout » pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes de cette *free clinic*. Justifiant ce terme métaphorique, il dira plus tard en 1980 : « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont 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 » (5).

En 1975, à San Francisco, Christina Maslach chercheur en Psychologie Sociale a contribué à imposer le concept de burnout et à asseoir sa validité (6). Elle a mené des recherches sur les stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle et a défini 2 concepts :

- 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 autodéfense (*dehumanisation in self-defence*) : il s'agit de se protéger du débordement émotionnel en considérant les personnes comme « *des cas, des symptômes, des maladies, ...* » (à l'origine d'une des 3 dimensions du MBI : la Dépersonnalisation. Le MBI – *Maslach Burnout Inventory* – est le questionnaire proposé par l'auteur pour établir le diagnostic de syndrome d'épuisement professionnel, il est devenu l'outil de référence).

Armée de ces concepts théoriques, Maslach mène un programme de recherche auprès de la profession médicale et particulièrement en santé mentale. Il en ressort que 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.). De même, les professionnels en santé mentale sont incapables d'atteindre un « détachement » suffisant et adoptent des attitudes négatives envers les patients, et donc interprètent des expériences émotionnelles comme des échecs. Ainsi, ils doutent quant à leurs capacités à travailler en tant que soignant et déprécient leurs compétences.

Pour Maslach, à l'inverse de Freudenberger qui insistait sur les facteurs personnels, les causes du burnout se situent dans l'environnement de travail.

Mais sur le plan scientifique, les termes de « burnout » et « d'épuisement professionnel » ont été, et sont encore considérés jusqu'à ce jour avec prudence voire méfiance par la communauté scientifique. Ainsi, les praticiens avaient été alertés par ce syndrome mais leur intérêt portait surtout sur la façon de résoudre le problème par l'élaboration d'interventions plutôt que de concevoir des recherches pour le conceptualiser. Les chercheurs ont initialement détourné le problème en considérant la notion de burnout comme « pseudo-scientifique ». Le premier article de Maslach et Jackson a été retourné par une revue scientifique avant même d'être soumis au comité de lecture avec le mot suivant : « *Nous ne publions pas de psychologie populaire* ». A noter que, dès le départ, le terme de burnout a été, et est encore à ce jour séparé des affections psychiatriques et exclu du DSM mais apparenté aux désordres psychosociaux.

En 1981, pour une meilleure définition du terme, Maslach et son équipe élaborent un instrument de mesure adapté aux professionnels impliqués dans les « relations d'aide » : le

Maslach Burnout Inventory (MBI, 1981) (7). Et depuis, cet instrument de mesure est reconnu internationalement, et utilisé dans des recherches publiées dans des revues. Et dès le début des années 80, la définition et la conceptualisation du syndrome permettent la publication des premières recherches systématiques.

Depuis ses premières descriptions, le concept de burnout explose : on ne retrouve pas moins de quarante-huit définitions différentes dans la littérature publiée à ce sujet entre 1974 et 1980. En 1980, Cherniss (8) propose une vision transactionnelle du burnout, où l'individu et l'environnement ne sont pas des entités séparées mais les composants d'un processus qui s'influencent mutuellement et continuellement. Le déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu provoquent un stress qui conduit à une tension, une réponse formée de fatigue, d'épuisement émotionnel, d'anxiété et aboutit à des changements de comportement, des stratégies qui représentent une fuite psychologique.

Autre conception, celle de Alaya Pines (9), publiée en 1982, ou l'approche motivationnelle : d'après elle, le travail représente pour nombre d'individus une quête existentielle. Le burnout s'installe quand cette quête échoue ou plus précisément quand l'individu perçoit que, malgré ses efforts, il ne peut avoir un impact significatif sur son environnement.

La principale définition retenue du burnout est celle de Maslach et Jackson (1981,1986) (7)(10). Elle a été retenue en partie du fait, de l'association du concept à un outil de mesure valide, simple d'utilisation et reconnu sur le plan international. Il s'agit du MBI : *Maslach Burnout Inventory*. Cet outil de mesure, est utilisé dans la quasi-totalité des recherches actuelles. Il a été élaboré pour évaluer le burnout spécifiquement au niveau des professions de l'aide. A savoir : les soignants, les éducateurs, les enseignants, les juges et les avocats, le personnel pénitentiaire, les policiers et les personnels de l'ordre public.

Initialement, les études sur le burnout se limitent exclusivement à ces professionnels de l'aide. Mais par la suite, les recherches vont progressivement mettre en évidence les facteurs organisationnels qui interagissent avec les dimensions du burnout : surcharge de travail, autonomie et latitude décisionnelle insuffisantes, manque d'équité…. Il en est de même pour un

engagement au travail avec des attentes élevées. Le stress professionnel et les facteurs de risques de souffrance au travail en général ne sont pas spécifiques de la relation d'aide. Et il va être progressivement admis que le burnout est susceptible de frapper l'ensemble du champ professionnel. Une reconceptionnalisation va permettre d'étendre le burnout à d'autres professions, et il ne se limitera plus aux professionnels de l'aide. Ainsi, pour Leiter et Schaufeli (1996) (11) : *« Le burnout 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* ».

Aujourd'hui, il est admis qu'il existe plusieurs formes de burnout. L'écart entre les attentes des professionnels et la réalité quotidienne dans le monde du travail est actuellement toujours considéré comme source de burnout. En revanche, la nature du burnout peut changer si la nature des pressions qui s'exercent sur l'individu change (12). La réalité et l'environnement du travail ont changé. Les valeurs, les représentations ainsi que les attentes du travail ont également changé. Mais quels sont ces changements ?

- **Valeur, image et attentes du travail :**

La médecine n'est plus une « vocation » comme elle a pu l'être autrefois avec un engagement social et moral profond, un investissement sans limites dont la seule récompense réelle était le sens même de la profession : aider son prochain, malade, démuni ou dans le besoin comme préciser dans le serment d'Hippocrate (13) : « *Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux* ».

C'est ainsi que les jeunes médecins d'aujourd'hui privilégient davantage leur carrière et leur vie privée, que leurs confrères plus âgés qui s'engageaient dans la profession avec des valeurs d'engagement social (14). Le choix de la profession médicale est parfois un moyen d'accéder à un statut ou à une situation socioprofessionnelle stable et favorable, ou d'assurer une source de revenus suffisants au détriment d'un engagement historique lourd.

- **Le travail intrinsèque et son environnement :**

- Facteurs technologiques :

Les progrès de la science et de la recherche médicale ainsi que l'apparition de nouveaux moyens diagnostiques et thérapeutiques sont un avancement réel en médecine. Paradoxalement, ils compliquent, à de nombreux niveaux, l'exercice professionnel du médecin, qui n'exerce plus un art mais une médecine factuelle définie donc comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données scientifiques disponibles (*evidence based medecine)*. Faut il encore avoir eu le temps et les moyens de les acquérir. Ne serait-ce que par l'élargissement des possibilités thérapeutiques qu'ils permettent, les recommandations multiples qui en résultent et la perpétuelle remise à jour de ses connaissances qu'ils nécessitent. Il semble bien difficile pour un médecin généraliste libéral de se tenir informé et à jour de connaissance au vu des évolutions tellement nombreuses et régulières.

- Facteurs socioculturels :

Avec la relation médecin malade comme clef de voute. On note une diminution réelle de l'autorité médicale, associé à une accentuation des attentes, voire des exigences des malades ainsi que de leurs familles. C'est là un autre retentissement possible, des progrès de la recherche en médecine.

En effet, les patients ont des exigences de plus en plus importantes et multiples, rendant les consultations quelques fois trop longues et trop complexes. Le médecin est même dans certains cas devenue « prestataire de service » pour des usagers pour qui la consommation médicale est un droit donc sans limite ni fondement.

De même, le patient se voit extrêmement bien formé sur le plan des connaissances scientifiques et médicales, ayant un accès illimité au savoir de part une médiatisation accessible à tous. Notre travail a été véritablement modifié en ce sens, et il est quotidien pour un praticien d'intégrer cette médiatisation dans sa pratique professionnelle au sein de consultations.

Enfin, la profession évolue en terme d'engagement et de temps de travail. Il est évident que nous travaillons moins que nos ainés. Par conviction personnelle ? Par envie de conserver un cadre de

vie agréable sans travailler 80 heures par semaine ? De par une féminisation de la profession devant alors allier vie professionnelle et personnelle ? Probablement un peu de tout ça…

- Facteurs économiques :

Ce sont des facteurs non spécifiques au monde médical. Les difficultés budgétaires sont à l'origine de moyens insuffisants ou inadaptés aux besoins. Le système de santé actuel est un système quantitatif qui vise productivité et rentabilité au détriment de la qualité. C'est en partie pour ça que le médecin libéral se voit rémunérer quasiment qu'à l'acte… un moyen d'augmenter ses revenus mais au prix d'un temps de travail inacceptable. L'organisation de ce système évolue vers une « protocolisation » des soins et vers une « normalisation » de la médecine.
Les protocoles multiples, les conduites à tenir instaurées et figées se substituent à l'initiative, à la réflexion, à l'autonomie décisionnelle. La pratique médicale est de moins en moins individualisée, la liberté d'exercice du médecin est de plus en plus entravée et le temps consacré au malade très fortement diminué.

- Facteurs politiques :

Le manque de reconnaissance du corps médical de la part des autorités et des pouvoirs publics, la « judiciarisation » de la médecine, les responsabilités croissantes attribuées aux médecins ainsi que les changements induits sont des contraintes avérées pour l'exercice médical. L'absence de concertation et de négociation des autorités avec les médecins en ce qui concerne la législation et la politique de soins a des conséquences réelles : incompréhension, colère, perte de motivation, insatisfaction.

2. Définitions du concept :

Le terme de burnout est très explicite ou intuitif même, mais attention car il devient très vite et par confusion un terme « fourre tout » pour désigner tout type de souffrance au travail… ou même pour beaucoup de néophytes des épisodes dépressifs majeurs ou autres troubles psychiatriques. En effet, il ne faut pas faire l'amalgame avec tout ce qui pourrait ressembler à des

revendications professionnelles, corporatistes ou syndicales (salaires, temps de travail, adaptation de poste…) en lien avec une insatisfaction au travail. Il ne faut pas non plus méconnaître toutes les pathologies psychiatriques qui pourraient se dissimuler derrière un état d'épuisement professionnel.

3 termes sont actuellement utilisés au niveau international pour nommer ce syndrome :

- Burnout syndrome :

Le verbe « *to burnout* » 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.

- Karoshi (15) :

C'est le 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 dominent. 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.

Il désigne plutôt une mort subite par arrêt cardiaque ou par suicide en lien avec un stress professionnel ou une charge de travail trop importants. Il est reconnu comme maladie professionnelle au Japon depuis les années 1970.

- Syndrome d'Epuisement Professionnel (SEP) :

C'est le terme utilisé et qui s'est imposé en langue française malgré les critiques : terme vague, semblant couvrir tous les effets du travail sur l'individu, qui n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé de burnout.

En ce qui concerne les définitions, on peut retenir **2 définitions principales** parmi un ensemble multiple et varié de notions :

- Celle de Herbert J. Freudenberger (5) : « *L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué.* »

- Celle de C. Maslach qui décrit l'épuisement professionnel des relations d'aide comme : « *Une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail* » (6). C'est cette description de Maslach et Jackson qui sera retenue. Ces chercheurs en psychologie ont également élaboré l'outil de mesure : le MBI (*Maslach Burnout Inventory)*. C'est actuellement l'échelle de référence. Le MBI est utilisé dans le monde entier.

Dans tous les cas, il faut retenir que ce syndrome a une dimension physique et psychique et qu'il s'agit d'une expérience psychique vécue comme négative et qui possède trois composantes : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation (ou dépersonnalisation) et la perte du sentiment d'accomplissement personnel. Il persiste encore à ce jour des points de divergences, s'agit-il d'un état ou d'un processus ?

II. Description clinique du syndrome d'épuisement professionnel :

1. Les 3 dimensions fondamentales :

Christina Maslach et Susan Jackson ont donné la définition la plus utilisée, présentée plus haut. Elles décrivent le burnout comme un syndrome tridimensionnel et dynamique, où chaque dimension est en interaction avec les deux autres, et apparaissant selon une logique relationnelle. Les trois dimensions fondamentales du syndrome sont :

- L'épuisement émotionnel (EE),
- La dépersonnalisation (DP), ou déshumanisation de la relation avec l'autre,
- La perte de l'accomplissement personnel (AP).

1.1. L'épuisement émotionnel :

Intérieurement, l'épuisement va se manifester par un sentiment de « vide », une fatigue inhabituelle et affective au travail, une difficulté à être en contact avec les émotions de l'autre. Un seuil de saturation émotionnelle est atteint et il n'y a plus de place pour une émotion nouvelle. A la différence des autres formes de fatigue, celle-ci n'est pas ou est peu améliorée par le repos, avec l'absence d'effets bénéfiques des congés. Extérieurement, on observe des explosions émotionnelles (colère, larmes) mais aussi un refus d'agir ou de répondre et ce quelle que soit la demande. A cet état s'associe souvent une incapacité à exprimer toute émotion. Il s'agit d'un renforcement d'une conduite courante dans la tradition médicale : l'expression de ses sentiments perçue comme une faiblesse. Et paradoxalement, cet épuisement émotionnel peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un contrôle et d'une maîtrise absolue des émotions.

John Wayne Syndrome (16) : « *A l'image du célèbre acteur dans son rôle de cow-boy, le soignant devenu impassible est capable d'assumer et d'affronter toutes les souffrances humaines sans crainte* ». Ce Syndrome est retrouvé dans la littérature américaine pour décrire l'état d'hypercontrôle émotionnel associé à la déshumanisation de la relation à l'autre.

1.2. La dépersonnalisation :

Ce critère est marqué par un détachement, un appauvrissement relationnel s'apparentant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet que comme une personne. L'objet peut être un cas, un numéro de chambre, un nom de maladie, voire un organe. L'individu est en quelque sorte réifié. Il s'agit là d'une véritable mise à distance de l'autre. Et cette distanciation par rapport à l'autre est en fait un mode de protection de soi, et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. Cet état s'installe progressivement, lentement, de manière insidieuse à l'insu du soignant et malgré lui. Par contre, il en est conscient et la dépersonnalisation est ressentie souvent douloureusement et vécue comme une forme d'échec personnel.

1.3. La perte d'accomplissement personnel :

Cette dimension constitue la conséquence des autres dimensions. Elle s'exprime par un sentiment d'inefficacité, d'incapacité d'aider l'autre, de frustration dans son travail. En d'autres termes, le sentiment de ne plus faire du « bon travail ». La relation à l'autre est (ou était) le fondement du travail du soignant, et la motivation principale de son choix professionnel et personnel. La prise de conscience de cette distanciation va être vécue comme un échec. Le sujet ne se sent plus à la hauteur, doute de ses compétences dans l'approche de l'autre et surviennent alors des sentiments de dévalorisation, de culpabilité et de démotivation.

Les conséquences sont :

- Des attitudes de fuite : absentéisme motivé ou non, abandon du travail, manque de rigueur. Le plus souvent, on observe un désinvestissement au travail car assumer son poste quotidiennement devient de plus en plus difficile. C'est une attitude fréquemment retrouvée chez les infirmiers et aides soignants.
- A l'inverse, un surinvestissement dans l'activité professionnelle a également été observé, et typiquement retrouvé chez les cadres supérieurs et les médecins seniors, avec une impossibilité de quitter son lieu de travail. On parle de « présentéisme » excessif et inefficace.

Ces trois sous dimensions sont liées entre elles et le syndrome tient sa spécificité de cette relation. Pour tenter de mieux la comprendre, nous allons d'abord étudier les différentes théories du stress. En effet, les diverses définitions du burnout que nous avons présentées se complètent. L'un de leurs points communs est celui de se référer aux théories du stress, avec le dépassement des capacités d'adaptation décrit dans plusieurs d'entre elles.

2. Signes cliniques :

Il n'existe pas de symptomatologie spécifique au burnout, il n'entre pas dans des cadres nosologiques bien définis (17). Les troubles sont progressivement acquis et s'installent de façon insidieuse.

- **Sur le plan physique :**

Les signes physiques sont totalement aspécifiques, multiples et variés tels qu'une fatigue, une lassitude, des troubles du sommeil, des céphalées, des troubles digestifs, des infections bénignes répétées ou prolongées… A noter, que les troubles du comportement alimentaire sont fréquents et de nature diverse : une aberration dans les horaires, les rythmes, les régimes, des variations pondérales importantes, des alternances anorexie/boulimie.

- **Sur le plan psychique :**

Ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet telles qu'une irritabilité trop importante, une sensibilité accrue aux frustrations ; une labilité émotionnelle marquée, reflet d'une surcharge émotionnelle ; une méfiance, une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance.

- **Sur le plan comportemental :**

On note l'installation d'attitudes dites défensives : une rigidité, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives, pessimistes. On constate un pseudo-activisme : le sujet passe encore plus de temps sur son lieu de travail alors que, sans s'en rendre compte son efficacité ne fait que décliner. L'évolution se fait vers un état de fatigue qui se chronicise et qui s'accentue avec le temps. Le sujet peut alors être amené à faire usage d'alcool ou recourir à l'automédication, de psychotropes en particulier, pour « tenir le coup ». Le cercle devient vicieux : L'état de fatigue s'aggrave, l'efficacité et la rigueur régressent. Pourtant le sujet ne cesse de multiplier ses efforts pour tenir son poste. Et parfois, il ne parvient paradoxalement plus à quitter son travail, pourtant source de sa souffrance, réalisant un tableau d'acharnement au travail. Ce comportement pathologique est marqué par un présentéisme anormal au travail. D'autres réactions sont possibles face à cet état d'épuisement : un désir de changement, parfois radical, voire un évitement, une fuite du travail qui devient intolérable. On observe alors un absentéisme progressif, répété et aggravant.

L'absence de spécificité dans la présentation clinique est à l'origine des difficultés diagnostiques. Et peu d'éléments distinguent le burnout de la pathologie liée au stress. Ce tableau peut facilement être confondu avec le stade précoce d'un trouble psychiatrique tel qu'un trouble

anxieux, anxiodépressif, dépressif ou névrotique. Par ailleurs, pour les collègues de travail, le sujet présente un état d'aspect dépressif débutant.

3. Outils de mesure du syndrome d'épuisement professionnel :

En ce qui concerne l'évaluation de l'épuisement professionnel, différents instruments de mesure ont été élaborés. Maslach et Jackson, comme nous l'avons déjà évoqué, sont à l'origine de l'outil de référence de mesure du burnout : le MBI. Il s'agit d'une échelle de 22 items regroupés en trois sous-échelles permettant de mesurer séparément les trois dimensions de la pathologie (EE, DP et AP). Dans chaque sous-échelle, il existe trois classes : bas, modéré et sévère. Ainsi, si un individu obtient un score élevé aux deux premières dimensions (EE et DP), alors on considère qu'il est en burnout. Pour l'AP, si le score est bas, cela signifie que la baisse du sentiment d'accomplissement personnel est faible et donc que ce dernier existe encore.

Le MBI est l'outil de dépistage « original » et le plus classiquement utilisé pour les chercheurs sur des personnes impliquées dans des métiers d'aide. Il existe désormais une variante (le MBI-GS pour *general survey*) qui permet d'évaluer le burnout pour les métiers non basé sur la relation d'aide (18).

On peut recenser bien d'autres outils de mesure du burnout tels que ceux listé par Vaquin-Villeminey (2007) (19) avec le *Cerniss Burnout Mesure* de Burke et Deszca (1986) et le *Energy Depletion Index* de Garden (1985), entre autres. Cependant, le MBI de Maslach et Jackson reste l'outil méthodologique le plus utilisé car il possède des qualités psychométriques de validité et de fidélité constantes d'une étude à l'autre (14)(20).

Enfin, il faut noter que la dépersonnalisation est la dimension qui permet la différenciation du burnout chez les soignants de l'épuisement professionnel « classique » dans lequel l'exercice professionnel n'est pas uniquement basé sur la relation d'aide. Canouï (2003) (17) ajoute que la dépersonnalisation touche particulièrement ces professionnels car c'est elle qui donne sens à leur travail.

4. Diagnostics différentiels et limites du syndrome d'épuisement professionnel :

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.

Il est donc nécessaire de savoir comment ce syndrome se situe dans le cadre de la psychopathologie du travail. Quelles sont ses relations avec le stress et comment il se différencie des autres pathologies liées aux stress, et surtout comment le distingue-t-on des autres pathologies psychiatriques ?

4.1. Psychopathologie du travail et syndrome d'épuisement professionnel :

La psychopathologie du travail est « *l'étude des mécanismes pathologique du rapport psychique de l'homme au travail* » (C. Dejours, 1982) (21). Elle analyse l'organisation du travail et identifie les changements nécessaires à l'harmonisation de l'organisation du travail avec les aspirations professionnelles de l'individu.

Il existe différentes approches de la psychopathologie au travail (20) (22).

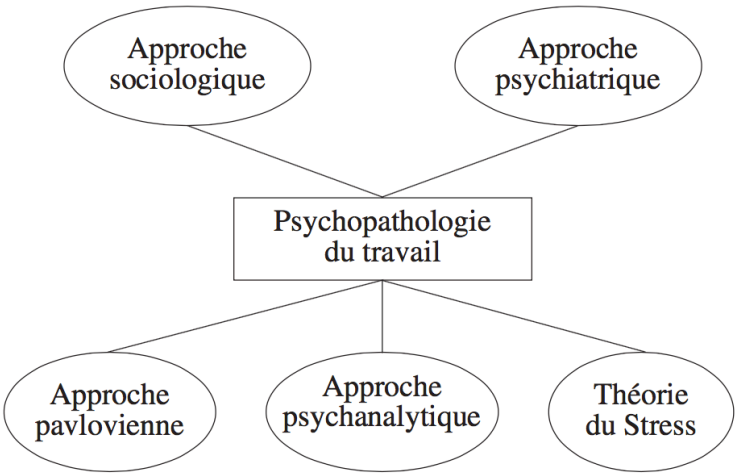


Figure 1 : Psychopathologie au travail selon P. Canouï (47)

- L'approche sociologique : Ce sont essentiellement les conflits sociaux au travail (lutte des classes, rapports de pouvoir) qui sont à l'origine de la pathologie.

- L'approche psychiatrique : en psychiatrie, le travail a un double impact sur la santé mentale : source de souffrance ou facteur d'équilibre. Le travail peut être révélateur de la pathologie mentale ou être la source d'un trouble de l'adaptation. Mais le travail est également un moyen thérapeutique en psychiatrie permettant : la réinsertion sociale, la réadaptation du malade par le biais de la revalorisation narcissique et le renforcement de l'estime de soi. Dans les institutions, l'ergothérapie (du grec *ergon* : travail) a par ailleurs de très larges indications.

- L'approche psychanalytique : le travail n'est pas responsable de la souffrance psychique mais n'est que le révélateur d'une faille sous-jacente préexistante depuis les premières années de vie. La psychanalyse aborde le burnout comme une blessure narcissique profonde (Andlauer) (23). Le choix de la profession médicale ou de la profession d'aide au sens large, pourrait-être sous-tendu par un mécanisme de défense : l'altruisme, c'est à dire le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit. Dans l'approche psychanalytique, l'idéal du sujet serait mis à mal par la réalité professionnelle, et le burnout serait dû à l'échec ou à la rigidification des mécanismes de défense.

- L'approche pavlovienne : c'est l'étude des stéréotypes comportementaux de « contamination » de la vie personnelle par des automatismes du travail. Pour illustrer cette approche, nous pouvons nous souvenir de Charlie Chaplin dans le film « Les Temps Modernes » dans lequel le célèbre acteur tente de dévisser 2 énormes boutons noirs de tailleur d'une dame forte, poursuivant les gestes stéréotypés qu'il faisait sur la chaîne de montage de boulons sur laquelle il travaillait quelques minutes auparavant.

- L'approche par la théorie du stress : le stress occupe une place centrale en psychopathologie du travail et il est un facteur primordial dans la genèse de l'épuisement professionnel.

En résumé, le burnout apporte une dimension particulière à la psychopathologie au travail. Et inversement les différentes approches servent à la compréhension des facteurs qui interviennent dans le burnout.

4.2. Stress et syndrome d'épuisement professionnel :

Les définitions du burnout font souvent référence au stress. Burnout et stress : Ces deux entités sont-elles liées ? En continuité ?
En 1996, Schaufeli et Buunk (24) proposent la différenciation suivante :
- Le stress est un terme qui se réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des signes mentaux et physiques.
- En contraste, le burnout peut être considéré comme un stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre entre exigences et ressources, et ainsi d'un stress professionnel prolongé.

Aujourd'hui pour d'autres auteurs comme Cooper (25), le burnout est l'aboutissement d'un stress persistant. Avant l'apparition du concept de burnout, la souffrance au travail était appréhendée à travers le stress. Dans le monde professionnel, stress et burnout renvoient souvent aux mêmes causes : l'écart entre les exigences d'une situation et la capacité d'y répondre, d'y faire face. Cependant, le burnout dépasse la notion de stress car il ne se limite pas aux réactions de tension de l'individu mais il intègre à la fois des aspects sociaux et auto-évaluatifs. Il est le résultat de tensions continues, soutenues et durables, à l'inverse du stress induit par des tensions passagères. De plus, le burnout, contrairement au stress, s'applique spécifiquement au travail.

Parmi les nombreuses conceptions du stress, 2 modèles ont très fortement contribué aux recherches sur le burnout et restent à ce jour les références dans le domaine de l'épuisement professionnel.

- <u>Le modèle transactionnel des troubles d'adaptation (coping) :</u>

Pour Lazarus et Folkman (1988) (26,27), le burnout résulte d'un trouble d'adaptation (coping) face à une situation stressante. Le stress et les émotions n'émanent pas de la personne ni de l'environnement, mais proviennent de la relation personne-environnement. La stratégie d'adaptation ou coping peut donc changer au fur et à mesure que la transaction entre l'individu et l'environnement évolue. Il existe deux grandes stratégies de coping : Celles qui sont centrées sur le problème, qui analysent le problème et essayent de trouver une solution (coping actif), et

celles centrées sur les émotions, qui tentent surtout de pallier les réactions émotionnelles, en évitant le problème essentiel (coping passif).

- Le modèle de conservation de ressources :

La théorie de la conservation des ressources a été élaborée par Hobfoll en 1989 (28). Cette théorie se base sur le fait que les individus sont motivés à obtenir, maintenir, protéger et développer des ressources (par exemple : Voiture, sentiment de succès, stabilité familiale, revenus suffisants, santé personnelle, optimisme…) Elles sont liées entre elles. Le premier principe de cette théorie est que « *la perte des ressources a un impact disproportionné comparativement au gain de ressources* », ce qui veut dire qu'une perte de ressources est beaucoup plus ressentie par l'individu qu'un gain. Cependant, un individu qui a beaucoup de ressources est moins vulnérable à une perte qu'un individu qui a peu de ressources, d'où le second principe que « *les individus doivent investir des ressources afin de se protéger de la perte des ressources et d'en acquérir des nouvelles* ». D'où la nécessité de se fixer des objectifs destinés à faire face aux contingences futures (accroître les ressources et minimiser les menaces face aux risques), ce qui correspond au coping pro-actif.

4.3. Syndrome d'épuisement professionnel et troubles psychiatriques :

4.3.1. Syndrome d'épuisement professionnel et dépression :

Au cours du burnout, des sentiments dépressifs peuvent exister. Plus le burnout est élevé, plus il y a risque de survenue d'une dépression. Par ailleurs, une personne dépressive en souffre plus souvent qu'une personne non dépressive ou qu'une personne ayant eu un épisode de dépression par le passé (29). Le burnout et la dépression partagent surtout l'épuisement émotionnel (24,30). Cependant, au cours du burnout, les sentiments dépressifs se limitent souvent au secteur professionnel. Ce n'est que lorsque le burnout est très sévère qu'il peut avoir des répercussions sur la vie privée et prendre la forme d'une véritable dépression.

Selon P. Canouï (17), le syndrome d'épuisement professionnel se distingue bien de la dépression :

- Sur un plan sémiologique, le sentiment de perte d'accomplissement couvre exclusivement le domaine professionnel. La symptomatologie n'envahit pas les autres domaines de la vie.

- Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur.

- Enfin le syndrome d'épuisement professionnel survient la plupart du temps chez des sujets indemnes de tout trouble mental et sans antécédent psychiatrique notable.

4.3.2. Syndrome d'épuisement professionnel et troubles anxieux :

Tout comme la dépression, les troubles anxieux sont définis par des critères bien précis en psychiatrie. Et le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas une maladie mais un processus. Il peut faire le lit d'un trouble anxieux et le stress peut générer de l'anxiété mais les mécanismes physiologiques et biochimiques sont différents. Extrapolé au langage, stress et anxiété, sont des « faux amis », une ressemblance dans l'apparence mais le sens est différent.

4.3.3. Syndrome d'épuisement professionnel et somatisation :

Les somatisations sont très fréquentes en cas de syndrome d'épuisement professionnel. Aucun de ces signes cliniques n'est spécifique. Il s'agit d'un ensemble de troubles représentés par des symptômes physiques multiples, variés, variables dans le temps, habituellement présents depuis des années, dont le bilan organique est négatif (aucune lésion objectivable).

A la différence des somatisations en psychiatrie, il n'existe aucun trouble psychiatrique associé. Et le patient est généralement vierge de tout antécédent psychiatrique personnel associé.

A noter que l''*American Psychiatric Association,* lors de sa 5ème édition du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux paru en mai 2013) a remplacé la catégorie des troubles somatoformes par la catégorie trouble de symptômes somatiques et troubles connexes.

4.3.4. Syndrome d'épuisement professionnel : Un trouble de l'adaptation ?

Selon P. Canouï (17), il est inutile et illicite de vouloir faire du syndrome d'épuisement une nouvelle catégorie diagnostique des troubles mentaux. Le DSM-V ne l'a pas retenu à juste titre et « *s'il fallait faire un choix, nous privilégierions le trouble d'adaptation* ».

5. Facteurs favorisant la survenue du syndrome d'épuisement professionnel :

5.1. Au niveau organisationnel :

5.1.1. Contenu de l'activité :

- La surcharge de travail : elle peut être quantitative (travail sous pression du temps, nombre important de patients à suivre, horaires chargés) ou qualitative (sensation d'incapacité à bien réaliser le travail, faute de compétence ou de temps) (31). De nos jours, il existe un déséquilibre grandissant entre la demande et l'offre de soins, favorisant ainsi la surcharge de travail. « *Des médecins moins nombreux, souhaitent s'investir moins dans leur activité professionnelle pour profiter de leur vie personnelle et familiale, tandis que les patients sont plus consommateurs de soins et le seront de plus en plus en vieillissant* » (32).
- La sous-charge de travail : quantitative (travail monotone, répétitif) ou qualitative (quand le sujet ne peut utiliser ses compétences, ni en développer des nouvelles) (33).

5.1.2. Contrôle de la charge de travail:

Ce facteur est encore plus déterminant que la charge de travail elle-même. La possibilité de maîtriser son travail, de contrôler les situations et de choisir soi-même sa charge de travail (même importante) diminue le risque de burnout (32). Il est intéressant de constater qu'au cours de ce syndrome la perception de manque de contrôle est exacte et le contrôle n'est donc pas sous-estimé. C'est ce que McKnight appelle le « *réalisme du burnout* » (34)

5.1.3. Conditions de travail :

- Le lieu de travail : il se caractérise par l'espace, l'éclairage, l'intensité sonore, la température, l'aération…
- Interruption des tâches : l'interruption permanente des consultations, par le téléphone par exemple, peut devenir une source de stress au travail.

5.1.4. Interactions travail - vie privée :

Il est souvent difficile pour le médecin de séparer la vie professionnelle et la vie privée, d'autant plus qu'avec les nouvelles technologies (ordinateurs, téléphones portables) la frontière entre la vie privée et le travail s'estompe.

5.2. Au niveau interindividuel :

5.2.1. La relation avec le patient :

Bien que la relation avec le patient, aboutissant à la reconnaissance, puisse être une des plus grandes satisfactions dans le métier de médecin, elle peut aussi être source de tensions et favoriser l'apparition du burnout. Cette relation peut être rendue difficile par :

- Le comportement du malade (agressivité, harcèlement, non compliance, manque de reconnaissance) qui peut donner un sentiment d'injustice ou d'échec constant.
- La responsabilité du médecin, l'obligation de moyen et le consentement éclairé du patient. Selon *Galam* en 2005, « *malgré la complexité et la nature probabiliste de l'art médical, l'accès à l'information est universel, l'efficacité évidente et le droit aux soins confondu avec le droit à la guérison et à la santé, l'erreur est littéralement scandaleuse* » (35).
- L'accès des informations médicales sur internet, plaçant de temps en temps le soignant dans la situation embarrassante de moins bien connaître la maladie du patient que le patient lui-même.

- Les tensions émotionnelles engendrées par certaines maladies surtout chroniques, leur degré de gravité ou encore le décès d'un patient.
- L'idéalisation de la relation d'aide qui entraîne forcément à un moment donné une déception de par la frustration qu'elle peut induire.
- Le rôle de « bon médecin » que le médecin est parfois amené à jouer. En effet, le médecin est sensé être empathique, compréhensif, disponible et accueillant. Ces émotions lorsqu'elles sont sincères mènent à l'accomplissement professionnel, mais lorsqu'elles sont feintes, le conflit entre émotions positives exprimées et émotions négatives ressenties peut aboutir à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation (36).
- Le refus de la maladie et de la mort, qui est caractéristique de la période actuelle. Avec le progrès de la médecine, les patients comme les médecins sont incapables d'accepter une quelconque fatalité. Selon *Semal* en 2005, « *ne pouvoir soigner la mort n'est pas une impuissance, c'est tout simplement une impossibilité, mais cette impossibilité est devenue insupportable ; En conséquence la mort ne peut plus être qu'un échec* » (37).
- La violence au travail, qui peut être psychique (insultes, menaces, harcèlements) ou physique (crachats, coups, blessures, meurtres).
- L'échec du maintien de « bonne distance » entre le soignant et le malade. Il existe deux cas extrêmes de mauvaise distance. Dans le premier cas, le soignant s'implique excessivement, ne gardant plus de distance avec le malade. Le soignant s'identifie au malade ou à des projections personnelles sur lui, perdant ainsi sa relation professionnelle. Il peut s'investir excessivement ou au contraire refuser ses soins. Dans le deuxième cas, le soignant garde une distance inhabituelle avec le patient, semblant froid, insensible. Cette situation peut être assimilée à la deuxième dimension du burnout, la dépersonnalisation de la relation d'aide à autrui.

5.2.2. La relation avec les collègues :

De plus en plus de médecins font le choix de travailler en association. C'est surtout vrai pour les femmes médecins, puisqu'elles y voient un moyen de concilier vie professionnelle et vie familiale (38). Travailler en association peut avoir des avantages, par exemple économiques (se partager les charges), avoir plus de liberté et de facilité pour partir en vacances, se partager la

charge de travail et prévenir l'isolement professionnel. Cependant, il peut aussi exister des inégalités dans la distribution du travail, un manque de communication, un manque de confiance, pas assez de flexibilité de la part de tous les médecins, ce qui peut être source de conflits, de stress et de burnout.

5.2.3. Le soutien social :

Le soutien social fourni par les collègues de travail ou l'entourage proche (famille, amis) apporte des ressources à l'individu. Le soutien peut être instrumental (aide matérielle), informationnel (conseils), ou émotionnel (valoriser l'autre, remonter le moral). Mais il ne doit pas être imposé, sinon il peut devenir source de stress en baissant l'auto-estime de la personne et en diminuant son indépendance (39).

5.2.4. Le burnout :

Les sentiments sont réputés être contagieux. La contagion se fait soit par l'imitation automatique d'une expression faciale provoquant des émotions, soit par la perception et l'évaluation consciente de ce que l'autre ressent (40). Ce principe est-il également applicable au burnout ? Une étude a été réalisée sur ce sujet dans douze pays en Europe en 1994, afin d'étudier la propagation de ce syndrome chez des infirmières travaillant dans des unités de soins intensifs. Cette étude a confirmé que le burnout peut se transmettre d'une personne à l'autre dans des groupes professionnels travaillant dans des conditions de travail défavorables (41).

5.3. Au niveau individuel :

Il existe des variabilités individuelles permettant d'expliquer qu'un sujet a plus de probabilité d'être capable à faire face à des situations stressantes ou de ressentir le burnout.

5.3.1. La personnalité :

Il existe des traits de personnalité plus ou moins susceptibles de conduire au burnout.

- Le « big five » ou théorie des 5 grands : initiée par Costa et Mc Crae (1992) (42,43). Ils font apparaître une constance de cinq facteurs, appelés le « *big five* ». Ce sont l'extraversion (être actif, sociable, optimiste), le caractère agréable (être sincère, chaleureux, franc), le facteur consciencieux (être organisé, ambitieux, scrupuleux, digne de confiance), le névrosisme (être inquiet, nerveux, émotif) et l'ouverture (être curieux, créatif, original) (44). C'est surtout le trait du névrosisme qui est fortement lié à l'apparition du burnout (45).

Tableau 1 : Big five et lien avec le burnout (46)

Facteurs	Description	Lien avec le Burnout
Extraversion	Evaluation des interactions (quantitatives et qualitatives), entre le niveau d'activité, le besoin de stimulation et la capacité à se réjouir des choses.	Aucun lien significatif.
Agréable	Capacité à reconnaître les émotions positives et sans doute le support social reçu. Protection envers le stress et les maladies cardio-vasculaires.	Prédisposition à la dépersonnalisation (Mills et Huebner 1998, Piedmont 1993).
Consciencieux	Evaluation du degré d'organisation, de persistance et de motivation dans les comportements dirigés vers un but.	Prédisposition à la perte d'accomplissement personnel (Piedmont 1993).
Névrosisme	Identification des individus enclin à la détresse psychologique, aux idées irréalistes, aux désirs excessifs et urgents, et aux réponses de coping mal adaptées. Lien possible entre névrosisme et douleur somatique.	Prédisposition à l'épuisement émotionnel (Piedmont 1993, Deary et al. 1996, Zellars 2000)
Ouverture aux expériences	Valorisation des expériences pour elle-même, la tolérance et le goût pour ce qui n'est pas familier. Décrit la profondeur, la complexité de la vie mentale, et des expériences des individus.	Aucun lien significatif.

- L'endurance *(hardiness)* : d'après Kobosa (47), l'endurance a trois dimensions, l'engagement (tendance de la personne à s'impliquer pleinement dans les diverses situations

rencontrées), le défi (croyance selon laquelle le changement, plutôt que la stabilité, est normal) et le contrôle (croyance selon laquelle la personne peut influencer les évènements et faire évoluer les situations). Les personnes ayant une endurance élevée ressentent les situations stressantes comme un défi et non comme une menace et n'ont donc pas de stratégies d'évitement. Les changements de la vie font partie de la normalité. Ainsi l'endurance limite le risque de burnout.

5.3.2. Les stratégies d'adaptation aux situations stressantes :

Comme nous l'avons vu, il existe deux stratégies pour « faire face » :

- Les stratégies passives : c'est un mode d'adaptation au stress qui soulage passagèrement, mais n'est pas efficace à long terme. Le sujet évite les problèmes sans les résoudre. L'évitement peut cependant suffire en cas de difficulté ponctuelle.
- Les stratégies actives : le sujet affronte les problèmes pour pouvoir les résoudre. Il a l'esprit combatif. Cette stratégie est surtout souhaitable devant un problème durable.

5.3.3. La croyance :

Avoir une croyance (en son code personnel, son efficacité ou en Dieu) donne une direction dans la vie et peut être un moyen de faire face à une situation stressante.

- Le locus of control (LOC): D'après Rotter (1966) (48), il existe des personnes qui pensent que ce qui arrive est la conséquence de ce qu'elles font. Elles ont un LOC interne. D'autres n'établissent pas ce lien. Elles ont un LOC externe. Avoir un LOC interne, donc croire que l'on contrôle les évènements protège du burnout.

- L'auto-efficacité : d'après Bandura (49,50), l'auto-efficacité désigne la croyance en sa capacité à organiser et réaliser les conduites requises pour gérer les situations futures.

- La religion : la religion peut présenter un support pour l'individu, elle peut être un moyen d'adaptation face à une situation difficile (coping) et selon le type de religion, peut même

apporter la relaxation. Elle peut ainsi être une ressource pour l'individu. Mais elle peut également être un médiateur de stress et l'accentuer (51).

5.3.4. L'approche au travail:

- En 1980, *Cherniss* identifie quatre orientations de carrière (52) :

- L'activiste social : soucieux d'amener un changement social à travers son travail, il est un idéaliste et son travail représente plus un engagement qu'un emploi.
- Le carriériste : il recherche le succès, le prestige, la reconnaissance sociale et la respectabilité.
- L'artisan : il essaie de développer ses compétences et veut acquérir de nouvelles connaissances. Son travail est un savoir-faire.
- L'auto-centré ou l'égoïste : il veut surtout satisfaire sa vie privée. Le travail est un moyen de faire fructifier sa vie personnelle. Une étude réalisée par Truchot en 2003 montre chez les médecins libéraux français que c'est le groupe des carriéristes et des égoïstes qui est le plus à risque de burnout, alors que les activistes et les artisans sont les plus protégés (44).

- L'attitude vis-à-vis du travail :

Les médecins répondent de façon différente au climat et au lieu de travail, les uns le trouvant stimulant, les autres le ressentant pesant. Mc Manus a analysé ceci dans une étude longitudinale, de 1990 à 2002, auprès d'étudiants en médecine. La façon de travailler et de ressentir le travail est conditionnée par la méthode que les étudiants de médecine adoptent pour étudier. Etudier de façon superficielle a des répercussions sur la façon d'exercer du médecin, dont l'approche du travail peut être superficielle et désorganisée, ce qui augmente la sensation de charge de travail, de stress et de burnout (53).

6. Les conséquences du syndrome d'épuisement professionnel :

Selon certains auteurs, il n'est pas réalisable de dissocier symptômes et conséquences du burnout qui restent toujours intriqués d'une manière ou d'une autre (24). Cependant, il est souhaitable d'apporter quelques précisions.

Une étude cas témoins de 2006 met en évidence une association entre syndrome d'épuisement professionnel et augmentation du risque relatif de développer une maladie coronarienne (RR : 3.1 chez les hommes et 3.4 chez les femmes) (58). Certaines hypothèses sont émises à ce sujet : dysfonction métabolique induit par le burnout, avec augmentation de taux sanguin de LDL et de triglycérides, trouble du sommeil, troubles endocriniens avec altération du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire (59).

De même, une étude publiée en 2013 (60), indique que le *« burnout est un syndrome qui entraîne une augmentation de l'activité sympathique durant les tâches mentales, une diminution du rebond vagual et de la sensibilité du baroreflexe lors de la récupération cardio-vasculaire* ».

De la même façon, les personnes atteintes ou menacées par le burnout ont une consommation accrue de tabac, d'alcool et de psychotropes. La CARMF recense comme première cause d'invalidité chez les médecins français : les pathologies psychiatriques (61).

Nous n'avons pas retrouvé de données concernant les arrêts de travail des internes ou le taux d'absentéisme de ces derniers. Une chose est sûre, tous les internes manquants ne sont pas remplacés et la charge de travail qui leur incombe est assurée par leurs confrères… augmentant encore plus le risque de syndrome d'épuisement professionnel.

III. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine générale de France :

1. Généralités : Syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins en activité libérale :

La profession de médecin est une profession d'entraide par excellence. Cependant les premiers travaux effectués chez les médecins libéraux datent de 2001. Depuis, de nombreuses Unions Régionales des Médecins Libéraux ont conduit des travaux sur ce sujet.

En 2006, Galam (62) effectue une enquête chez près de 10000 **médecins libéraux** franciliens, soit 40% de la populations de médecins locaux. La moitié des médecins exprime se sentir menacé de burn-out. Ce sont pour 60% des médecins généralistes.

De même, pour les régions Bourgogne en 2001, Champagne-Ardennes en 2002, et Poitou-Charentes en 2004) (14,63,64). En moyenne, les taux d'épuisement émotionnel sont élevés dans plus de 43% des cas, une dépersonnalisation des patients élevée dans 40% des cas également et une réduction d'accomplissement personnel dans 30% des cas.

On retrouve des résultats similaires dans une étude menée en 2010 auprès de 1369 médecins limousins dans laquelle 29% ont un score d'épuisement émotionnel élevé et 27% un score de dépersonnalisation élevé (65).

Cependant, dans aucune de ces études nous avons pu retrouver le pourcentage de médecins qui présentaient des scores élevés à la fois d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Nous n'avons donc pas la possibilité de savoir combien de médecins sont réellement impactés par le syndrome d'épuisement professionnel.

Ce phénomène ne semble pas concerner que la France puisque l'on retrouve une étude européenne de l'EGPRN, *the European general practice research network*, menée par Soler en 2008 qui évalue la prévalence de l'épuisement professionnel chez plus de 3500 **médecins généralistes européens** (66), avec un taux de réponses au questionnaire de 41%. Au terme de cette étude, 43% des répondants ont score élevé pour l'EE, 35% pour la DP et 32 % pour la perte d'accomplissement personnel, avec 12% qui présentent un score élevé dans les trois sous-dimensions.

Cependant, d'importantes variations existent en fonction des pays, l'épuisement émotionnel est élevé en Bulgarie, Italie et Angleterre, tandis que la dépersonnalisation est élevée en Grèce, Italie et Angleterre.

Ainsi, il semblerait qu'il ne soit plus nécessaire de démontrer le fort taux de prévalence du syndrome d'épuisement professionnel dans la population de médecins au sens le plus large possible. Cependant, qu'en est-il des internes en médecine ?

2. Cas particulier de l'interne en médecine générale :

L'interne en médecine a un statut particulier : il s'agit d'un médecin en formation perpétuelle, qui débute sa pratique professionnelle et se fabrique tous les jours un peu plus son expérience. Ainsi, il appartient à une population de médecin très particulière dont certaines caractéristiques propres peuvent être des facteurs spécifiques de survenue de burnout. Certains travaux récents concernant cette population ont déjà pu identifier quelques uns de ces facteurs de risque (54)(55).

2.1. La charge de travail :

Nous avons vu précédemment que la charge de travail pouvait être à la fois qualitative et quantitative.

En ce qui concerne la charge de travail qualitative, une étude réalisée chez les internes de médecine bordelais en 2009 (56), montre que « *l'épuisement émotionnel et la déshumanisation étaient significativement plus présents quand le service était jugé mal organisé en période de surcharge d'activité* ».

Il en est de même pour l'aspect quantitatif du travail dans cette étude qui identifie comme facteurs de risque significatif d'épuisement professionnel : la surcharge de travail évaluée subjectivement, la pratique d'heures supplémentaires, l'absence de repos compensateur après la réalisation de garde.

2.2. Spécificités intrinsèques des populations d'internes :

- Jeune âge, inexpérience et ambiguité de rôle :

Selon Freudenberger « *l'expérience professionnelle est un facteur protecteur du burnout* » (5). Ainsi le jeune âge de l'interne peut être considéré comme un facteur de risque d'épuisement à part entière. Cependant, aucune étude ne met en évidence ce lien.

De même, l'interne a un rôle de soignant mais qui reste très ambigu. Médecin en formation reste le terme le plus adapté. L'interne est, en effet, intégré, plus ou moins totalement dans le personnel médical hospitalier mais reste également un étudiant, le rendant donc soumis à une hiérarchie et très limité dans son pouvoir décisionnel et d'accomplissement des tâches. Cependant avec la diminution croissante du nombre de médecins, l'interne est très rapidement au fil de son cursus, amené à réaliser des tâches propres sous la responsabilité d'un médecin sénior sans nécessairement de vérification de la part de ce dernier. Cette autonomie relative représente un facteur de risque de burnout important et notamment chez les internes en début de cursus livré à eux mêmes avec une faible expérience du terrain.

L'interne dès le début de sa pratique hospitalière est en rupture avec son idéalisation du métier de médecin et les réalités des pratiques professionnelles qui sont des facteurs favorisants de perte du sentiment d'accomplissement personnel.

- Cadre de vie :

Il est impératif de rappeler que l'interne vit dans des conditions difficiles, mal adaptées à son âge. En effet, l'interne débute sa « carrière hospitalière » vers l'âge de 25 ans en moyenne, pour un cursus de 3 ans minimum. Alors que l'âge médian, en France, de la première naissance est de 28 ans, très peu d'internes deviennent parents durant leur internat ; période peu compatible avec une grossesse ou une parentalité.

De même, les salaires des internes français, très peu élevés, au vu de leur formation et comparativement à leurs confrères européens, les contraint à avoir une qualité de vie faible avec une vie en colocation, peu de divertissement ou de voyage… Ainsi, il paraît difficile de vivre décemment à Paris avec 1300 euros par mois…

- Manque de reconnaissance :

Il s'agit d'un sentiment constant chez les internes. Les travaux réalisés à ce sujet retrouvent en moyenne 30% d'internes souffrant de syndrome d'épuisement professionnel lorsque ces derniers décrivent un manque de reconnaissance.

Les internes souffrent clairement d'un manque de reconnaissance de la part des patients qui ignorent pour la plupart, ce qu'est un interne en médecine, mais également de la part des soignants qui ne les considèrent pas encore comme des médecins à part entière.

- Formation universitaire théorique :

La majorité des internes s'accordent pour dire que la formation théorique obligatoire enseignée lors de l'internat n'est pas adaptée à la réalité du terrain (54)(57). Ainsi, il serait envisageable de construire un axe de prévention du syndrome d'épuisement professionnel lors des séances d'enseignement aux internes.

- Méconnaissance théorique du syndrome d'épuisement professionnel :

En effet, ce syndrome n'est quasiment jamais abordé lors du deuxième cycle des études médicales. Tout le monde en parle mais cela n'intéresse personne ? Ce sujet est-il tabou ou n'est-il pas enseigné par manque de validité médicale et scientifique ?

Ici encore, il semblerait qu'un interne averti serait plus à même de s'autodiagnostiquer des prodromes de burnout ou des simples signes de souffrance au travail.

3. Revue de littérature : Le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine générale :

3.1. Introduction :

Depuis quelques années les internes se préoccupent de plus en plus de leur formation, aussi bien théorique que pratique. Ainsi plus d'une dizaine de travaux universitaires ont vu le

jour à la faveur de thèse, concernant le cursus et la formation des internes en médecine. C'est bien évidemment l'occasion de confirmer scientifiquement le postulat que l'internat est une période difficile ou la charge de travail, peut rapidement devenir trop importante qualitativement et quantitativement.

Rappelons que le cursus d'un interne de médecine générale comporte six semestres dont certains obligatoires : le stage libéral chez le praticien, le stage en CHU, celui en service de médecine adulte et un soit en pédiatrie soit en gynécologie. Les deux stages restant sont libres.

Un concept important à expliquer quant au cursus de médecine est celui de « *curriculum caché* » existant chez tout étudiant en formation professionnalisante (67). Cette théorie dissocie le curriculum formel (celui théorique) et le curriculum réel, dans lequel coexiste une partie théorique (enseignements et stages hospitaliers avec en pratique des connaissance théoriques acquises lors du premier et deuxième cycle) et une partie cachée (implicite et principalement acquise lors des stages). Ainsi, ce processus pousse l'interne à se fixer des objectifs inatteignables mais de façon inconsciente.

3.2. Etudes publiées sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale en France :

Tableau 2 : Revue de littérature des principales études du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine.

Etudes	Nombre d'IMG/ Taux de réponse (%)	Lieu de l'étude	EE	DP	AP	EE et/ou DP et/ou AP élevé	SEP complet (3)
Rivoire (2000) (68)	36	Tours	-	-	-	53% (1)	-
Guinaud (2005) (69)	692/92%	Ile-de-France	24,1%	42%	48,6%	-	3,5%
Pittaco (2008) (70)	205/84%	Ile-de-France (SAU)	16%	50%	33%	-	-
Barbarin (2008) (71)	114/57,9%	Nantes	16%	35%	21%	57% (2)	3,5%
Cauchard (2008) (72)	*215/70,7*	*Montpellier*	*10,7%*	*36,7%*	*20,5%*	*41,4% (2)*	*4,2%*
Feraudet (2009) (56)	*160/53%*	*Bordeaux*	*20,8%*	*47,8%*	*20,8%*	*21,4% (2)*	*0,6%*
Enrst (2009) (57)	161/71%	Strasbourg	19,2%	38,5%	21,7%	46% (2)	4%
Komly-Le Tourneur (2011) (73)	4050/64,2%	France métropolitaine	16%	33,8%	38,9%	38,7% (2)	7%
Thevenet (2011) (74)	404/59,9%	Languedoc/Ile-de-France	23%	38,8%	35,6%	19% (1)	7,1%
Moinet (2012) (75)	254/-	Marseille	15%	36%	48%	-	-
Dast (2013) (76)	110/34%	Rennes	14,5%	32,7%	46,4%	61,8% (1)	4,5%
Quesnot (2013) (77)	325/68,1%	Caen	18,3%	31,1%	-	39,1% (2)	-
Binet (2014) (78)	161	Amiens	-	-	-	41,6% (1)	
Lieurade (2014) (79)	211/52%	Toulouse	13,3%	31,3%	18%	45%	3,3%
Maloudi (2014) (80)	82/68,3%	Marseille (hôpital militaire)	-	-	-	60,7% (1)	0%

(1). Au moins un des scores de SEP élevé.

(2). EE ou DP élevé.

(3). Syndrome d'épuisement professionnel complet ou tridimensionnel (EE, DP et AP élevé).

A noter que pour les travaux de Moinet, Binet et de Maloudi, les résultats indiqués ci-dessus sont issus des résumés de leurs travaux respectifs. De même, les études de Feraudet et de Cauchard (en italique dans le tableau) concernent l'ensemble des spécialités d'interne sans aucune distinction alors que les autres études présentées ici concernent les IMG uniquement et sont présentées en italique dans le tableau ci-dessus.

Il est important de rappeler que ces études ont des méthodes d'analyse qui peuvent induire de très grands écarts de résultats, notamment en fonction de la définition retenue concernant le syndrome d'épuisement professionnel.

Ainsi, le pourcentage d'IMG ayant des scores d'EE élevé est de 24,1% pour Guinaud alors qu'il est de 10,7% pour Cauchard. De même, pour le score de DP, dont les pourcentages d'IMG avec un score élevé varient de 50% pour Pittaco (travail réalisé chez des IMG franciliens choisissant un stage aux urgences, ce qui constitue un biais de sélection) à 31,1% pour Quesnot.

On retrouve également des scores élevés en ce qui concerne le syndrome d'épuisement professionnel complet ou tridimensionnel avec 7% des IMG métropolitains chez Komly et Letourneur en 2011 sur une population de plus de 4000 internes.

Le constat est identique avec les « *trainees* » américains selon une étude menée auprès de 4287 étudiants américains répartis dans 7 « *medical schools* » durant 2006 et 2007 (81) où près de 50% sont atteint de syndrome d'épuisement professionnel et 11,2% expriment des idées suicidaires. Il en est de même avec une étude de 2014 qui compare le risque pour les étudiants en médecine de développer un syndrome d'épuisement professionnel et des idées suicidaires par rapport à la population générale américaine (82). Les auteurs retrouvent une différence significative entre ces populations quant à la survenue de syndrome d'épuisement professionnel mais aucune quant à la survenue d'idées suicidaires.

De la même façon, la revue *European Psychiatry* publie en 2016 un article (83) qui se propose d'évaluer le taux de syndrome d'épuisement émotionnel chez les internes en psychiatrie dans 22 pays d'europe au sein d'une population de 7625 internes. Ainsi, 36,7% des internes présentaient un score élevé dans les deux premières sous dimension du MBI.

IV. L'internat de médecine générale dans l'océan Indien :

L'internat de médecine générale au sein de la subdivision Océan Indien se déroule comme en métropole, l'interne dépendant de l'UFR de Bordeaux Segalen. La subdivision océan Indien regroupe l'île de La Réunion et Mayotte. Ainsi, tout IMG de cette subdivision pourra réaliser tout son internat à La Réunion et/ou à Mayotte sans avoir à faire des stages en Métropole (à la différence des internes des autres spécialités).

Mais effectuer un internat ultra-marin comporte certaines particularités :

- L'éloignement :

En effet, les deux îles que sont Mayotte et La Réunion sont situées à plus de 9000 Km de Paris à environ 11h de vol. Ce paramètre est à prendre en compte que ce soit sur le plan géographique et émotionnel. L'interne devra déménager pour les 3 ans à venir, et dans la plupart des cas, les internes n'emportent que peu d'affaires personnelles et s'équipent du nécessaire sur place.

L'éloignement émotionnel est également une particularité de cet internat, car même si les technologies actuelles rendent les communications plus aisées (vidéo-conférence…) il peut être difficile de rester éloigner de ses proches, en considérant également qu'il existe entre la métropole et La Réunion un décalage horaire de deux heures l'été et de trois heures l'hiver.

Cependant, notons que de nombreux internes sont originaires de La Réunion, où sont d'ailleurs, depuis peu, enseignées les trois premières années des études médicales.

- Le mode de vie local :

Bien que ces îles soient des départements d'outre mer, le mode de vie local y est complètement différent. Il est évident que les IMG en poste à La Réunion ne manquent pas de soleil et que les activités locales (notamment sportives) sont extrêmement nombreuses. A noter que le coût de la vie est supérieur qu'en métropole mais les IMG bénéficient d'une majoration salariale compensatrice.

La Réunion, reste une région vaste et selon le terrain de stage, les internes sont vite amenés à déménager et certains internes déménagent tous les six mois afin de pouvoir réaliser les stages qui les intéressent le plus. De même, de nombreux internes vivent en colocation.

En ce qui concerne la vie à Mayotte, il semblerait qu'il existe quelques particularités supplémentaires telles que la pauvreté de la population et la difficulté d'accès aux soins (peu de médecins libéraux - un seul hôpital), l'insécurité de certains endroits, le manque de personnels qualifiés ou de matériels et de plateaux techniques, la grande proportion de migrants en situation irrégulière originaire des Comores ou de la région des grands lacs d'Afrique et qui maitrisent mal le français.

- La population et le langage :

Bien évidemment, la population y est complétement différente de celle de métropole, de par sa culture, ses origines mais également son langage. La plupart des Réunionnais parlent français mais certains (ils sont rares) ne s'expriment que par un créole local.

Ainsi, on peut se demander si tous ces paramètres inhérents à un internat ultra-marin seraient plutôt protecteurs ou délétères quant à la survenue d'un syndrome d'épuisement professionnel ?

V. La qualité de vie :

Le concept de qualité de vie date des années 50, issu du mouvement des consommateurs américains où la satisfaction était un argument essentiel. Il s'est très vite imposé dans les champs médical et pharmaceutique avec Patrick et Erickson en 1987, qui définissent la qualité de vie d'un individu comme la satisfaction qu'il éprouve dans l'ensemble des domaines de sa vie (84).

Actuellement, selon l'OMS, « *la qualité de vie est la combinaison des facteurs psychologique, physique, social et matériel permettant d'évaluer le bien être d'un individu* ».

Mais le concept de qualité de vie est très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelles des individus. Chacun, bien portant ou malade, a une notion individuelle de la qualité de vie.

Pour mesurer la qualité de vie, il existe deux méthodes : une méthode qualitative avec l'entretien psychologique et une méthode quantitative utilisant des outils psychométriques. Il s'agit d'outils utilisant des échelles ou des questionnaires (d'auto- ou d'hétéro-évaluation) qui permettent des mesures standardisées relativement faciles à utiliser.

Une des méthodes quantitatives les plus étudiées est le questionnaire WHOQOL-BREF pour sa validité et sa fiabilité. Il s'agit d'une version plus courte de l'instrument original qui peut être plus pratique pour une utilisation dans les études de recherche de grande taille ou des essais cliniques. Ce questionnaire a été mis au point dans le cadre du groupe « *World Health Organisation Quality Of Life assessment* » (WHOQOL ou WHO5) (85). L'élaboration et la validation du questionnaire ont été faites dans 15 pays (dont la France) simultanément. Il est issu de l'unité de recherche psychiatrique de l'OMS, et reste simple et rapide d'utilisation (cinq questions au total).

Nous n'avons pas trouvé d'étude mesurant la qualité de vie chez des populations similaires à savoir internes de médecine générale ou médecins généralistes.

Etude du syndrome d'épuisement professionnel et de la qualité de vie chez les internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien en poste à l'île de La Réunion en 2015.

Introduction :

Dans de nombreux domaines, les conditions de travail et les troubles psychiques qui en résultent ont été mis en avant ces dernières années. Les médias se sont emparés du sujet mettant à jour les dommages psychologiques de ce mal-être professionnel.

Les professions de santé et celles en relation avec l'humain en général, sont les plus impactés. Le système de santé actuel et ses contraintes (économiques, humaines, matérielles) font que les acteurs de santé sont de plus en plus soumis à un stress intense aboutissant au syndrome d'épuisement professionnel ou burnout pour les anglo-saxons.

Le personnel médical, paramédical et les internes de médecine ne sont pas épargnés par ce phénomène avec de moins en moins de temps disponible pour prendre en charge de façon optimale les patients au détriment du temps passé en gestion administrative, logistique, financière de plus en plus chronophage.

Cet ensemble de contraintes projette les internes dans un milieu, où ces derniers doivent se former et acquérir toutes les notions médicales dont ils auront besoin pour leur avenir professionnel, tout en étant confrontés aux réalités de la profession quelques fois difficiles, et ainsi à un épuisement professionnel et un manque d'accomplissement personnel aboutissant au syndrome d'épuisement professionnel.

Nous avons pu nous rendre compte, au cours de nos études de médecine et lors de notre internat, que les médecins avaient un rapport particulier à l'égard de leur propre état de santé et nous avons également compris que la profession médicale était particulièrement exposée au stress professionnel et à l'épuisement professionnel.

Ainsi, comme évoqué en préambule, le syndrome d'épuisement professionnel a été étudié à de nombreuses reprises parmi les populations d'internes de médecine générale et de nombreuses études sur cette population existent en France métropolitaine mais aucune dans les départements d'outremer et en particulier à La Réunion. Une des études les plus pertinentes est celle de *Komly et Le Tourneur* (74) réalisée en 2011 auprès de plus de 4000 internes de médecine générale sur l'ensemble des subdivisions de métropole. Cette étude retrouve une prévalence de SEP complet de 7%.

Il nous est donc apparu intéressant d'étudier ce sujet au sein de la population d'IMG de la subdivision Océan Indien, et en particulier à La Réunion. En effet, existe-il des différences de prévalence du syndrome d'épuisement professionnel entre les internes de médecine métropolitains et ceux de La Réunion ?

De même, le mode et la qualité de vie des internes à La Réunion sont différents de ceux des internes métropolitains. Existe-il des liens entre leur qualité de vie et la survenue du syndrome d'épuisement professionnel ?

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel (SEP) chez les internes de médecine générale (IMG) de la subdivision Océan Indien en poste à l'île de La Réunion, à l'aide du « *Maslach Burnout Inventory* » ou MBI.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et d'évaluer la qualité de vie de cette population, afin de mettre en évidence les corrélations qui pourraient exister entre ces paramètres et le SEP. Pour mesurer la qualité de vie, nous avons utilisé deux échelles : le questionnaire WHOQOL de l'OMS et une échelle d'auto-évaluation.

Matériels et méthode :

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons mené une enquête auprès des internes de médecine générale de La Réunion en poste en 2015. Il s'agit d'une étude descriptive, épidémiologique, transversale, réalisée par auto-questionnaire.

1. Population :

Notre enquête s'adressait aux internes de médecine générale en poste à La Réunion en 2015 entre le mois de Juin et de Juillet 2015, dates auxquelles ont été effectué les recueils de données. Voici les critères d'inclusion et de non-inclusion de notre population.

1.1. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Interne de médecine générale,
- De la subdivision océan indien,
- En poste à La Réunion,
- Donnant son consentement écrit pour participer à l'étude.

1.2. Critères de non-inclusion :

Les critères de non-inclusion étaient principalement :

- Internes « hors subdivision »,
- Interne d'une autre spécialité.

Nous avons choisi de ne pas intégrer à notre enquête les internes en stage « hors subdivision » car la durée de leur stage est de 6 mois, trop courte selon nous pour évaluer correctement l'internat et la qualité de vie à La Réunion.

De même, les internes des autres spécialités n'ont pas été intégré essentiellement parce qu'ils ne réalisent pas leur internat entièrement à La Réunion.

2. Matériels utilisés :

2.1. Questionnaire réalisé spécifiquement pour cette enquête :

Il s'agit d'un questionnaire explorant les caractéristiques :

- Socio-démographiques : sexe, âge, statut matrimonial, nombre d'enfant à charge, université d'origine, hôpital d'affectation actuel.
- Professionnelles :
    - ✓ Semestre en cours, stage en cours, CHU validé ou non, réalisation d'un semestre à Mayotte, nombre d'heures hebdomadaires, de week-end, de garde, de vacance, stress professionnel, formation et reconnaissance.
    - ✓ Choix de la médecine générale, connaissance et choix de la subdivision Océan Indien, médecine et réorientation, avenir professionnel.
- Santé et mode de vie :
    - ✓ Santé et addiction, santé mentale, sentiment d'expatriation et intégration locale au sens large.
- Qualité de vie :
    - ✓ Evaluation visuelle analogique.
    - ✓ Questionnaire standardisé WHO5.

Le questionnaire était précédé d'un paragraphe explicatif sur notre étude et notre projet ainsi que d'un formulaire de consentement remis sur une feuille séparée. Ce questionnaire était entièrement anonyme et confidentiel.

2.2. Evaluation du Burnout : Le Maslach Burnout Inventory :

A la suite de notre questionnaire se trouvait la version française du *Maslach Burnout Inventory* (MBI), précédée des indications permettant de le compléter correctement. Le test MBI, établi par Maslach & Jackson en 1986 est une échelle d'auto-évaluation qui explore trois aspects du burnout : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la baisse d'accomplissement personnel. Ce dernier est répertorié en annexe.

2.3. Evaluation de la Qualité de Vie :

Nous avons utilisé deux méthodes :

- La WHO5 : questionnaire établi par l'OMS et qui permet d'évaluer la qualité de vie en 5 questions. Chaque question à 5 réponses possible notées de 0 à 5. Le score donne donc un résultat entre 0 et 25. Ce score peut être multiplié par 4 pour être exprimé en pourcents.

- Une échelle visuelle analogique. Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Elle mesurait 10 cm et était positionnée horizontalement au sein de questionnaire. A l'extrémité gauche de l'échelle était positionné « *pas du tout satisfait* » et à l'autre extrémité « *entièrement satisfait* ». Ainsi, chaque IMG devait « *placer un trait sur la ligne entre les deux extrêmes selon son sentiment* ». Nous avons ensuite mesuré la position du trait sur la ligne et obtenu un score entre 0 et 10. Ce score a été multiplié par 10 pour être exprimé en pourcents et ainsi être comparé au score obtenu avec le questionnaire WHO5.

3. Procédure :

Le recueil de données fut réalisé au cours du mois de Juin et Juillet 2015 lors des séances d'enseignement des internes. Ainsi, avant chaque séance, le questionnaire leur était distribué accompagné d'une fiche explicative ainsi que d'un formulaire de consentement. Ils le complétaient de façon anonyme et confidentielle. Les questionnaires nous étaient restitués avant le début des enseignements.

4. Méthode d'analyse et tests statistiques utilisés:

Les réponses aux questionnaires ont été enregistrées sous Excel 2011 afin de pouvoir débuter une analyse statistique descriptive.

Les réponses au questionnaire MBI nous ont permis de calculer pour chaque internes les scores de chaque dimension : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et

l'accomplissement personnel. Ainsi il est possible de leur attribuer un score faible, modéré ou sévère pour chacune des trois dimensions explorées par le MBI.

En effet, le MBI comporte un ensemble de 22 questions, et permet d'obtenir trois scores. Le score d'épuisement émotionnel (obtenu en additionnant les questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. et 20) qui est faible si le score est inférieur à 17, modéré si le score est compris entre 18 et 29, et élevé si le score est supérieur ou égal à 30. Le score de dépersonnalisation (obtenu en additionnant les questions 05. 10. 11. 15. et 22) qui est faible si le score est inférieur à 5, modéré si le score est compris entre 6 et 11 et élevé si le score est supérieur ou égal à 12. De même, le score d'accomplissement personnel (obtenu en additionnant les questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. et 21) est faible si le score est inférieur à 33, modéré si le score est compris entre 34 et 39, et élevé si le score est strictement supérieur à 40.

Nous avons considéré que pour être en burnout il fallait avoir obtenu un score sévère d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. On parle alors de SEP bidimensionnel. Si en plus des deux premiers scores élevés l'accomplissement personnel était bas, l'interne présentait un SEP complet ou tridimensionnel.

Nous avons ensuite effectué une analyse statistique avec l'aide du logiciel JMP 12 de la société SAS, permettant de réaliser une régression logistique univariée initialement puis multivariée secondairement. Le test du Chi deux a été utilisé pour rechercher un lien entre deux variables qualitatives et remplacé par le test exact de Fischer lorsque les effectifs étaient insuffisants pour remplir les conditions de validité du Chi deux. Les variables quantitatives ont préalablement été transformées en variables qualitatives, avec un seuil arbitrairement fixé (principalement en fonction des médianes et des moyennes) quand cela était intéressant.

Le risque α de première espèce était fixé à 5%.

Résultats de l'étude :

1. Population recrutée et diagramme de flux :

Sur les 159 IMG de la subdivision océan indien, 141 effectuent leur internat à La Réunion et 18 à Mayotte lors de la réalisation de l'enquête. 46 IMG n'étaient pas présent aux séances d'enseignement les jours de la réalisation de l'enquête. Sur les 95 questionnaires remplis un était inexploitable et un autre avait été complété par un IMG hors subdivision Océan Indien. Au total **93 questionnaires ont été exploités.**

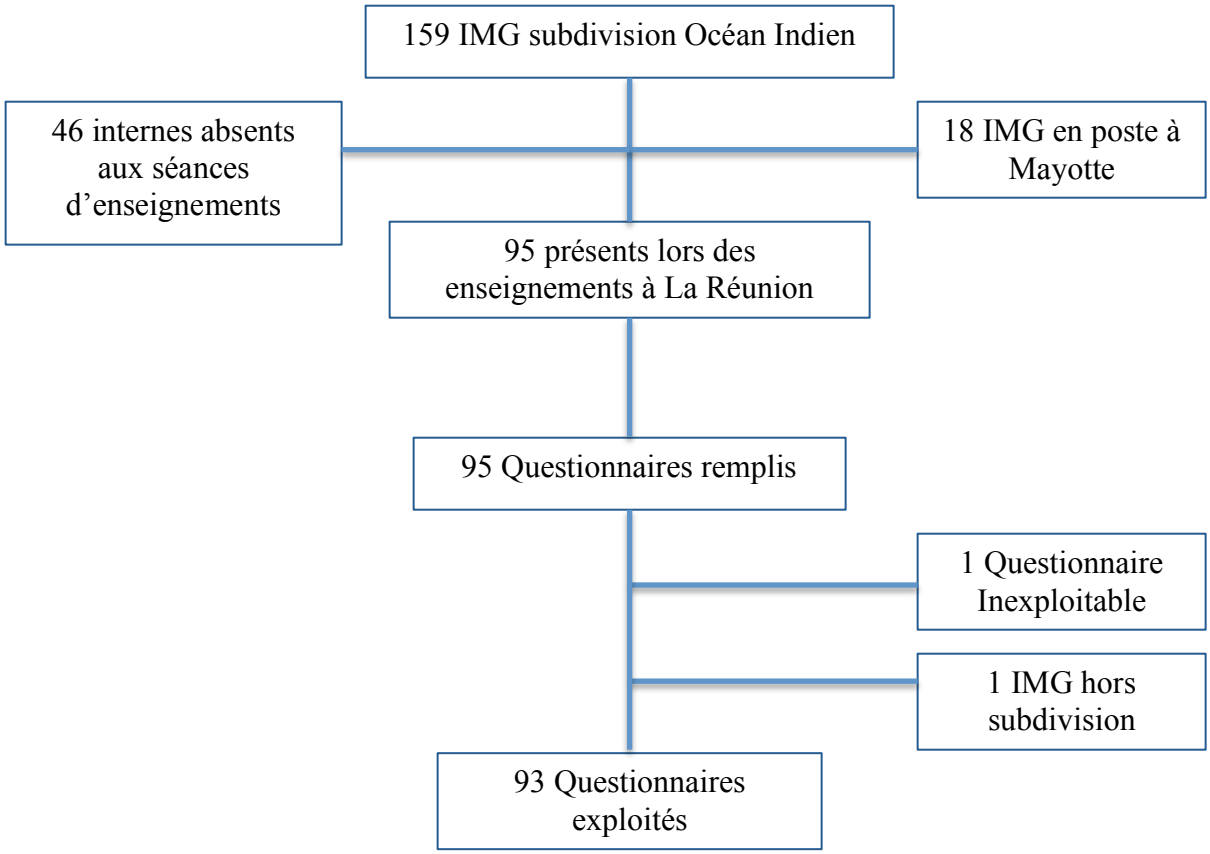


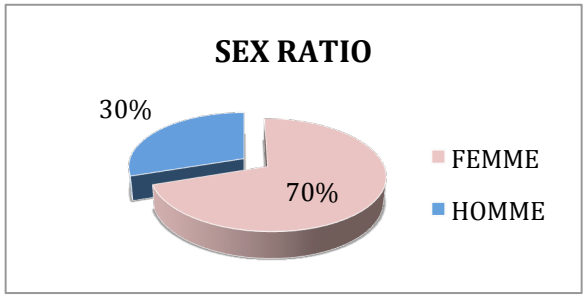
Figure 2 : Diagramme de flux de notre étude

2. Statistiques descriptives :

2.1. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée :

2.1.1. Sexe :

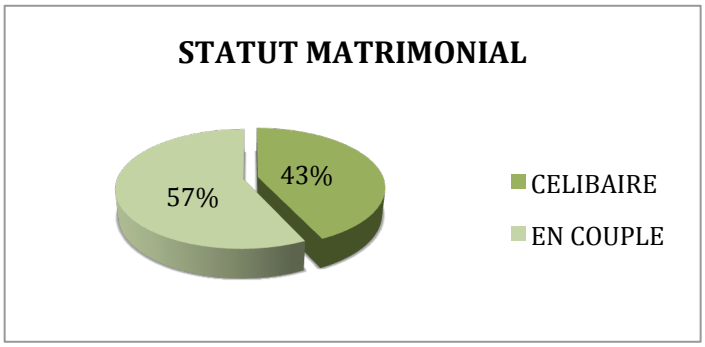
Sur une population de 93 internes, on retrouve 28 hommes et 65 femmes.



2.1.2. Âge :

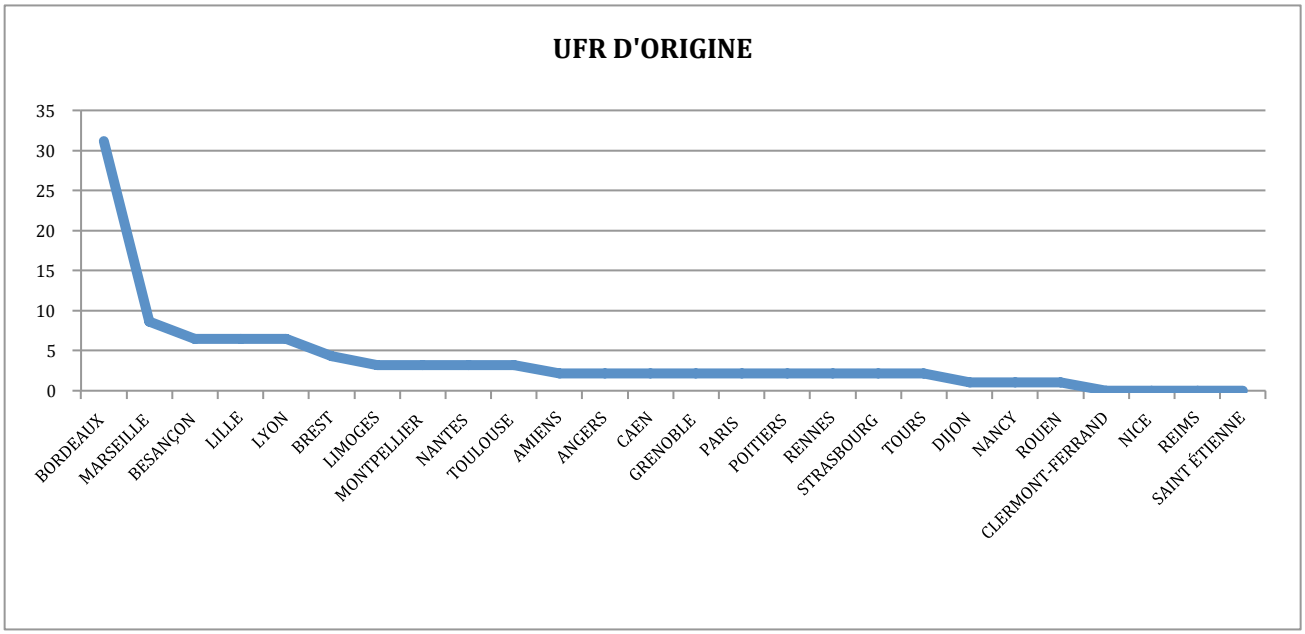
La moyenne d'âge calculée sur la population d'internes étudiée était de **26,3 ans** avec un âge minimum de 24 ans et maximum de 30 ans. L'âge moyen de début d'internat est de **24,6 ans** avec un minimum de 20 ans et un maximum de 29 ans.

2.1.3. Vie personnelle :



En ce qui concerne le nombre d'enfant à charge, 7,5% des internes déclarent avoir un enfant à charge. La majorité, *i.e* **92,5% n'ont aucun enfant à charge**. Aucun des internes n'avait plus d'un enfant.

2.1.4. Université d'origine :

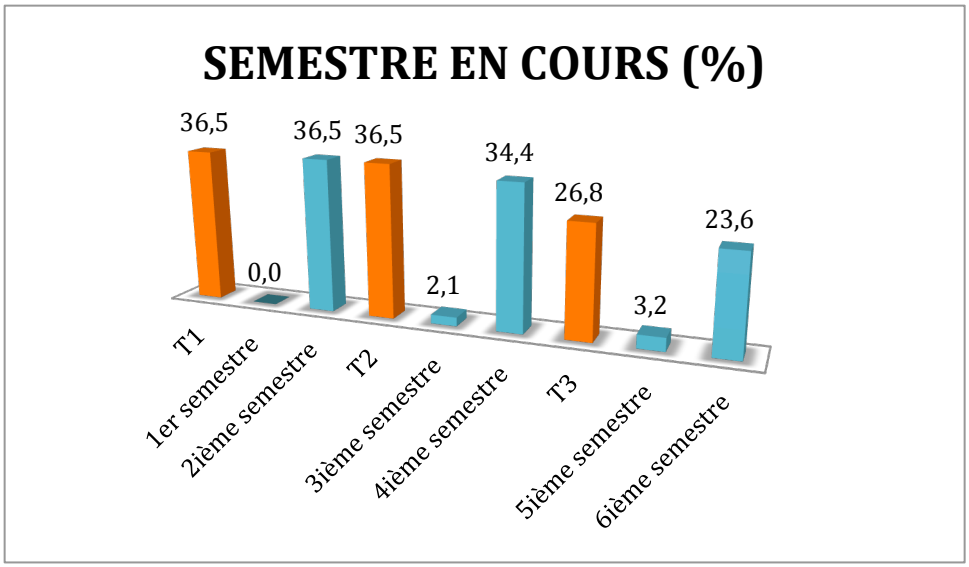


Les villes les plus représentées sont **Bordeaux (31% des internes) et Marseille (8,6%)**.

2.2. Caractéristiques professionnelles :

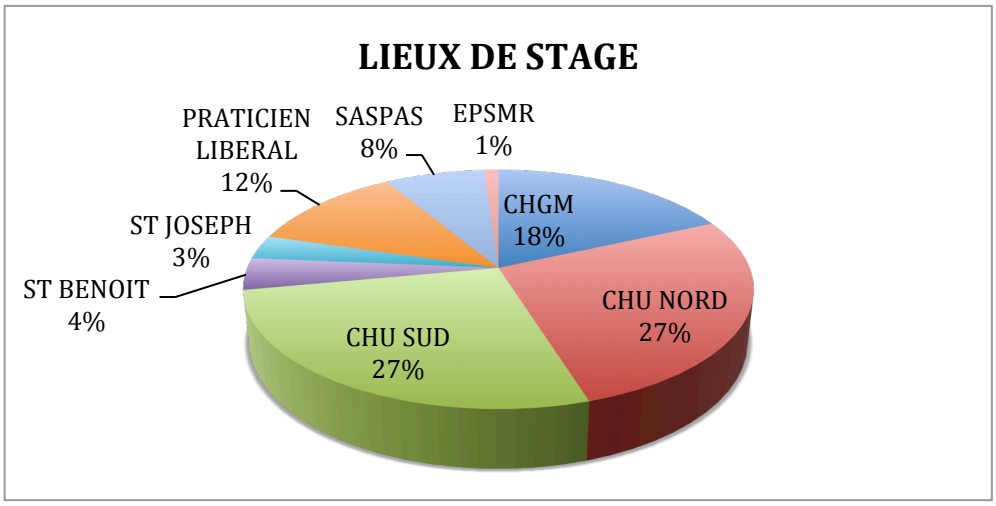
Répartition des internes selon leur année d'internat :

Sur les 93 internes participants, on dénombre 34 (**36,5%**) internes de **première année**, 34 (**36,5%**) de **deuxième** et 25 (**27%**) de **troisième année**. Sur le graphique, les histogrammes orange représentent les années d'internat et les histogrammes bleus les semestres en cours de validation. Ainsi, les 1er et 2ième semestre correspondent aux internes de 1^{ière} année (T1), les internes de 3ième et 4ième semestre correspondent aux internes de 2ième année (T2) et les internes de 4ième et 5ième semestre correspondent aux internes de 3ième année (T3).



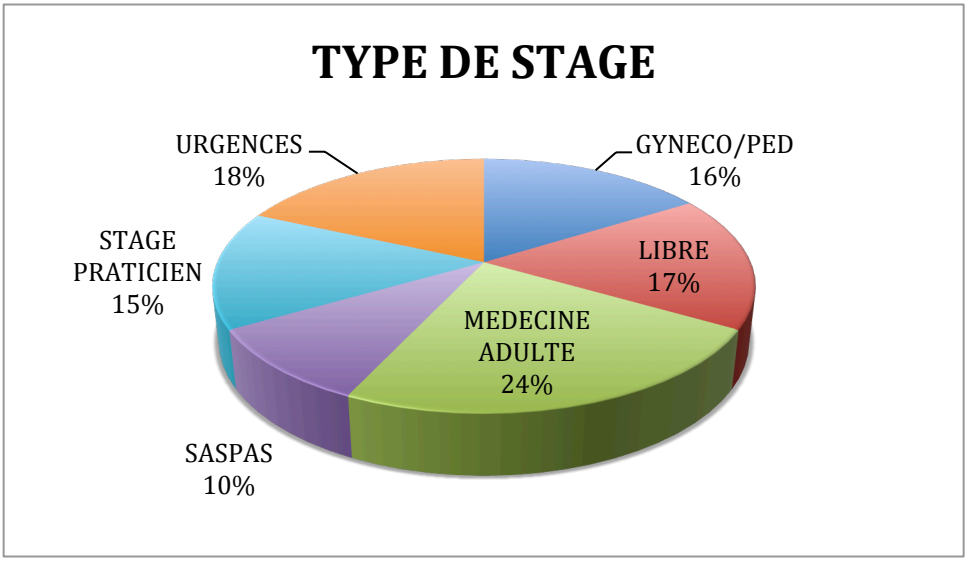
Répartition des internes selon le lieu de leur stage :

Les trois lieux de stage les plus importants sont : les stages en CHU avec 27% chacun puis les stages ambulatoires qui représentent 20%, à savoir les stages chez un patricien libéral et les stages ambulatoires en autonomie supervisée (SASPAS), et enfin le centre hospitalier Gabriel Martin de Saint Paul avec 18%. En ce qui concerne le cursus hospitalier, **86% des internes ont validé leur stage obligatoire dans un CHU**.

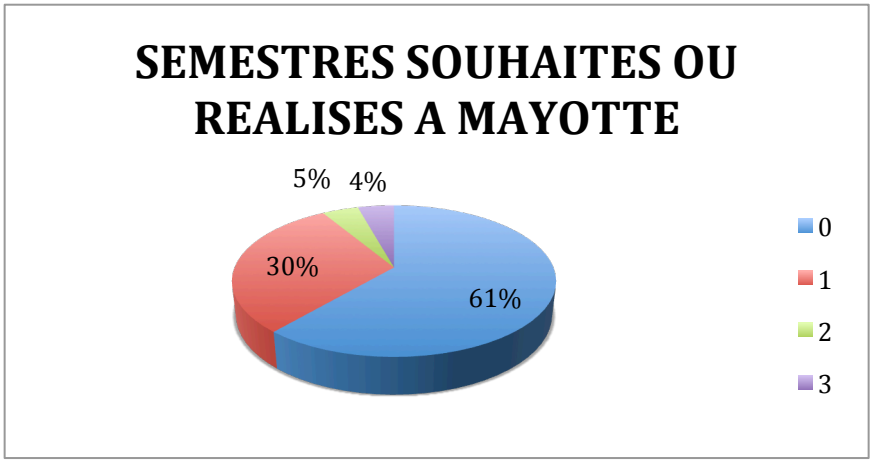


Répartition des internes selon le type de stage :

La majorité des internes étaient en poste dans un service de médecine adulte au moment de l'étude soit 24%, ensuite 18% étaient en stage dans un service d'urgence, à noter que 25% des internes étaient en stage en libéral.



Une des particularités de la subdivision Océan Indien est de pouvoir réaliser des stages à La Réunion mais également à Mayotte. En effet, près d'un tiers des internes réalise ou souhaite réaliser au moins un semestre à Mayotte. La plupart des internes ne souhaitent cependant pas profiter de cette expérience et moins de 10% souhaitent y réaliser plusieurs semestres.

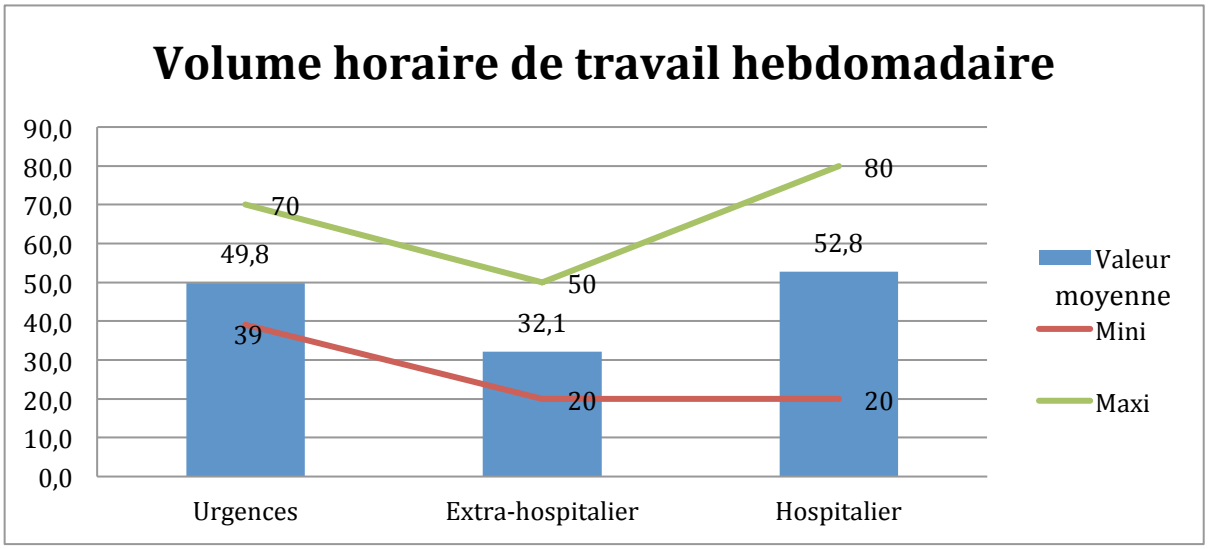


2.2.1. Charge de travail :

Volume horaire hebdomadaire :

Les internes déclarent travailler en moyenne **47,4 heures par semaine**. Ce résultat est à pondérer avec le fait que **le minimum travaillé est de 20 heures hebdomadaires et le maximum de 80 heures**.

La moyenne du volume horaire des 24 internes en stage libéral (de niveau 1 ou en SASPAS) est de 32,1 heures hebdomadaires avec un minimum de 20 heures et un maximum de 45 heures. Les internes en poste aux urgences, travaillent en moyenne 49,8 heures par semaine avec un minimum de 39 heures et un maximum de 70 heures. Nous avons, pour les calculs, bien différencié les internes en trois groupes : ceux en stage extra-hospitalier (stage libéral de niveau 1 et SASPAS), les internes en stage aux urgences et les internes en stage hospitalier (hors urgences).



Nombre de gardes mensuelles :

Le nombre moyen de gardes mensuelles est de 3 par internes, avec un minimum de 0 et un maximum de 6 ou plus (limité par le questionnaire). Ainsi, les internes hospitaliers

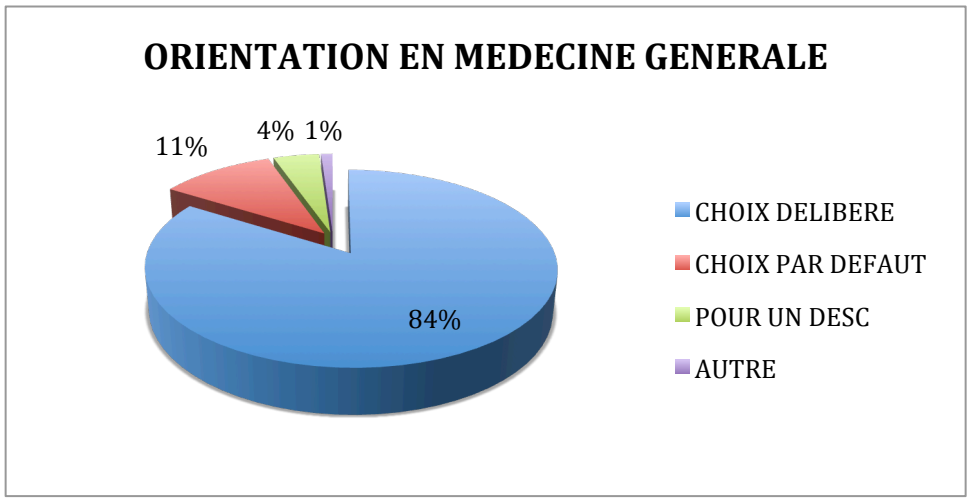
déclarent effectuer 3,8 gardes mensuelles, ceux aux urgences 3,6 en moyenne. Seulement 3 internes en stage ambulatoire effectuent des gardes (par convenance personnelle).

Nombre de week-ends mensuels libres :

Pour les week-ends, les internes déclarent avoir de libre **2,1 week-ends par mois en moyenne**, 3 en cas de stage ambulatoire et 1,9 en cas de stage hospitalier. Aux urgences, aucun interne ne dispose de tous ses week-ends mensuels et 58,8% n'ont qu'un week-end de libre par mois, alors que ceux en stage ambulatoire de niveau 1 ont tous leur week-end de libre pour 42,8% et pour 44,4% en SASPAS.

Les internes déclarent en majorité avoir entre 2 et 3 semaines de vacances, avec une **moyenne de 2,45 semaines de vacances par semestre**, 2,2 semaines pour les internes en stage aux urgences versus 2,7 semaines pour internes en stage ambulatoire et 2,5 pour les internes en stage hospitalier. A noter que les internes en stage ambulatoire sont 28% à bénéficier de 4 semaines de congés par semestre. Seul **1% des internes déclarent ne pas avoir de vacance ce semestre**.

2.2.2. Orientation en médecine générale et souhait de réorientation :



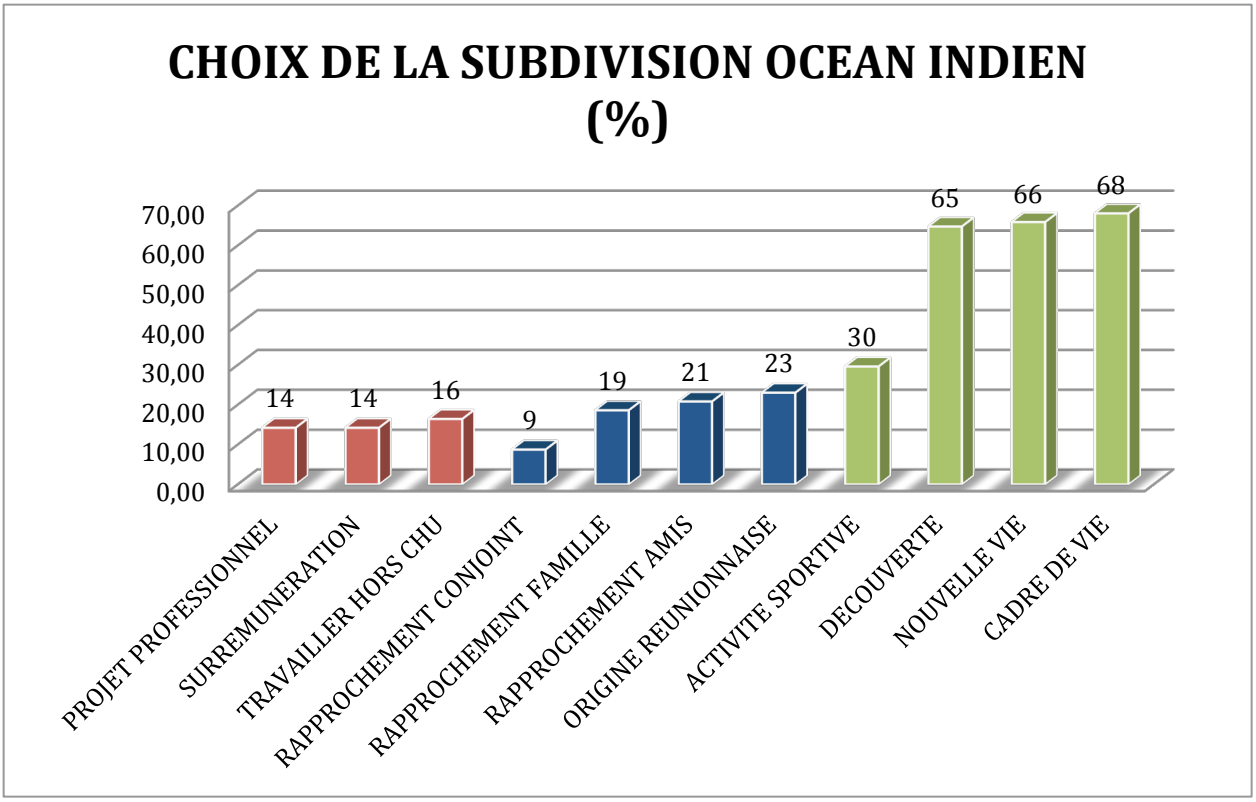
Pour 84% des internes, le choix de la médecine générale comme spécialité est un choix délibéré.

En ce qui concerne les souhaits de réorientation et les regrets, si c'était à refaire, **42% des internes ne seraient pas prêt à repasser le concours du PCEM1.**

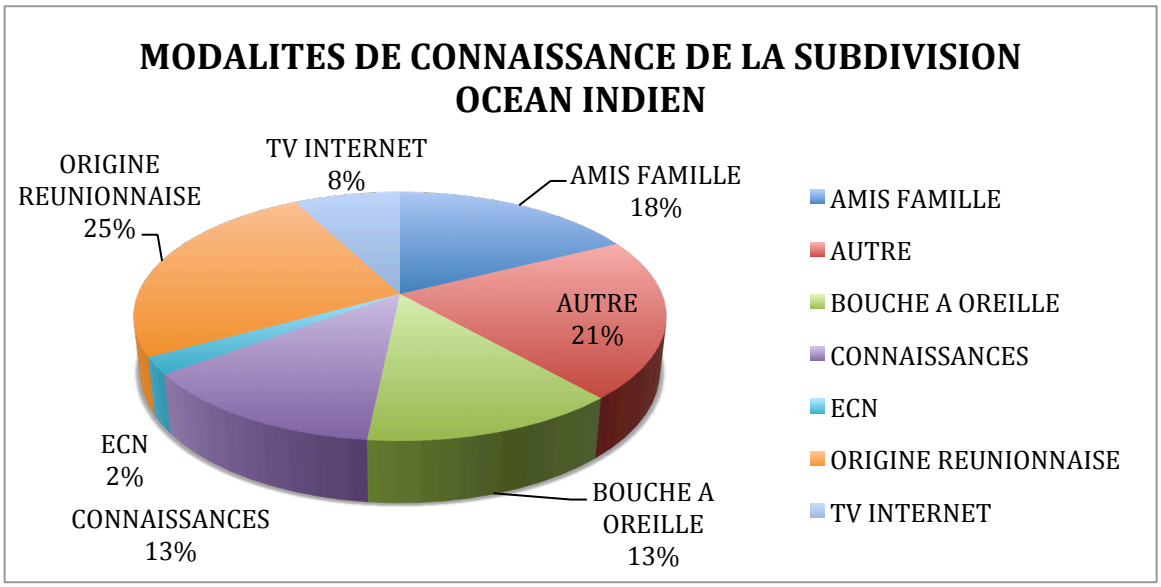
Seulement 23,9% n'ont jamais envisagé de quitter la médecine. 48,9% l'ont déjà envisagé au moins une ou deux fois, 20,7% y pensent souvent et 5,4% souhaite le faire dans un avenir proche.

2.2.3. Choix et modalités de connaissance de la subdivision Océan Indien :

Les internes choisissent la subdivision océan indien pour le cadre de vie, s'orienter vers une nouvelle vie et pour la découverte de la région. De plus, nous avions différencié trois grandes catégories : les internes qui viennent découvrir une nouvelle vie, ceux qui effectuent un rapprochement familial au sens large et ceux qui préparent leur avenir (rémunération, projet).



En ce qui concerne les modalités de connaissance de la subdivision océan indien, la majorité des internes de cette région sont d'origine réunionnaise (pour un quart), 18% connaissent cette subdivision par l'intermédiaire d'amis ou de membres de leur famille, 13% par connaissance, de même que 13% par le bouche à oreille. 21% connaissent cette région par d'autres sources et seulement 2% par l'intermédiaire des ECN.



2.2.4. Avenir professionnel :

36,6% des internes souhaitent remplacer moins de deux ans, 24,7% de 3 à 5 ans, seulement 4,3% ne désirent jamais effectuer de remplacement et 31,2% ne déterminent pas encore la durée de leur période de remplacement.

55,6% souhaitent exercer temporairement à La Réunion après leur internat et 19,4% de façon définitive. **22,6% ne souhaitent pas exercer à La Réunion**.

23,9% souhaitent exercer en ville, contre seulement 12% en milieu rural, le mode semi-rural reste le choix préféré avec 45,7%. 15,2% envisagent un autre cadre professionnel.

76,1% désirent travailler en groupe, 6,5% seul et 17,4% s'orientent vers le salariat.

Les salariés préfèreront la ville à 18,8%. 92,9% des internes qui souhaitent travailler en semi-rural souhaitent le faire en groupe.

En moyenne les internes ont la volonté de travailler **7,8 demi-journée par semaine** ; 8 pour les hommes et 7,8 pour les femmes. Le **temps moyen de la consultation** est estimé à environ **18,6 minutes.**

15% souhaitent ne travailler que sur rendez-vous. 52,7% veulent continuer à effectuer des gardes et des astreintes et 23,7% ne souhaitent pas se déplacer au domicile des patients pour effectuer des visites.

2.2.5. Stress professionnel :

22,6% des internes sont victimes d'insomnies et/ou de rêves en lien avec leur travail, « souvent » voire « tous les jours ».

15,1% des IMG déclarent constater un « ras-le-bol » des médecins seniors « souvent » voire « tous les jours », ceci concerne particulièrement les stages aux urgences (42,9%) et en pédiatrie/gynécologie (21,4%).

62,4% des internes craignent de faire « souvent » voire « tous les jours » des erreurs médicales, et 34,4% parfois. 11,8% des internes pensent faire « souvent » voire « tous les jours » des erreurs dans la prise en charge de leurs patients et 74,2% parfois.

2.2.6. Formation et reconnaissance :

Seulement **52,7% des internes estiment être suffisamment accompagnés** tout au long de leur parcours de formation. 45,2% pas assez.

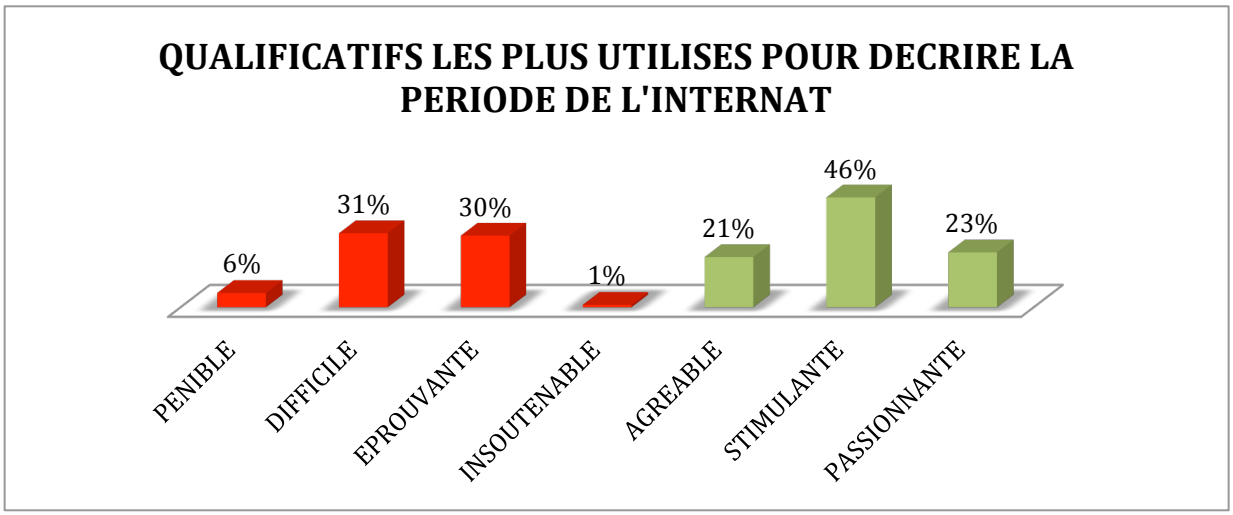
44,1% des IMG déclarent n'avoir reçu peu ou pas du tout de reconnaissance de la part de leur senior, versus 55,9% suffisamment, 29% de la part de l'équipe soignante, versus 71% suffisamment et 25,8% de la part des patients, versus 74,2% suffisamment.

75% des internes pensent que les internes sont reconnus à leur juste valeur, à La Réunion ou à Mayotte par rapport à la Métropole (position sociale, charge de travail, rémunération).

En évaluation visuelle, à l'aide d'une échelle simple de satisfaction, la période de l'internat est ressentie à 71,2% comme satisfaisante.

Les qualificatifs les plus retrouvés pour qualifier cette période sont :

- Pour les positifs (57%) : stimulante 52,3% et passionnante 26,1%,
- Pour les négatifs (43%) : difficile 35,2% et éprouvante 34,1%.



2.3. Santé et mode de vie des internes :

2.3.1. Santé et addictions :

33% des internes fument avec en moyenne 16,7 cigarettes par jour, et un maximum de 21,5.

24,2% des internes consomment 3 verres d'alcool au moins une fois par semaine et 8,8% plus d'une fois par semaine. 17,5% n'en consomment jamais.

6,5% des internes fument du cannabis au moins une fois par semaine, 2,2% plus d'une fois par semaine. 56,5% n'en consomment jamais.

3,4% utilisent de façon hebdomadaire des hypnotiques, aucun plus d'une fois par semaine. 82% n'en utilisent jamais.

2.3.2. Santé et psychiatrie :

12% avouent avoir eu recours avant leur internat à des antidépresseurs. 6,5% des internes déclarent avoir déjà consommé des antidépresseurs au cours de leur internat, et 50% d'entre eux en consommaient déjà avant les ECN.

8,7% des internes ont déjà eu recours à un psychiatre ou à un psychologue au cours de leur internat. 62,5% d'entre eux y avaient déjà eu recours avant les ECN. 20% des internes ont déjà eu recours à un psychiatre ou à un psychologue avant leur internat.

Enfin, sur les 91,3% d'internes n'ayant jamais eu recours à un psychiatre ou à un psychologue, 24,7% pensent en avoir eu besoin sans pour autant l'avoir fait.

2,2% des internes ont des antécédents de tentative de suicide. Aucun n'a d'idée suicidaire actuellement mais 6,5% déclarent en avoir eu dans les 12 derniers mois.

2.3.3. Mode de vie :

2.3.3.1. Temps consacré à l'entourage et aux loisirs :

54,8% des internes estiment consacrer suffisamment de temps à leur entourage, **65,6%** en ce qui concerne les **loisirs**. Aux urgences, ces chiffres sont respectivement de 64,7% et de 58,8%. Pour les stages ambulatoires, ces chiffres sont respectivement de 82,6% et de 78,6%.

2.3.3.2. Obstacle à la parentalité :

44% des internes considèrent que l'internat représente un obstacle à la parentalité, (47,7% pour les femmes et 35,7% pour les hommes), 34,4% non (35,4% pour les femmes et 32,1% pour les hommes). 21,5% n'ont pas d'avis sur la question.

2.3.3.3. Mode de vie local :

60,2% des internes vivent en colocation. En effet, seulement 11,8% vivent au sein de leur famille et 5,4% vivent seuls.

Le nombre moyen d'aller retour Réunion-Métropole est de 0,84 soit moins d'un aller retour annuel. Cependant, un interne voit en moyenne 2,6 fois sa famille proche par an, 5,6 fois pour les internes originaires de La Réunion et 1,6 fois pour les autres.

2.3.4. Effet du sentiment d'expatriation :

14% ont « souvent » voire « tous les jours » des difficultés de compréhension des patients et 50,5% parfois. Parmi les internes d'origine réunionnaise, seulement 14,9% ont parfois des difficultés de compréhension et aucun n'a « souvent » ou « tous les jours » ce genre de difficultés.

La majorité des internes ne ressent pas de discrimination de la part des patients ou des soignants. 88,2% n'ont jamais ou rarement ressenti ce sentiment de la part des patients. Ce chiffre passe à 90,3% concernant ce sentiment de la part des soignants.

Pour la population d'origine réunionnaise, aucun ne ressent de discrimination de la part des patients ou des soignants.

82,8% des internes se sentent correctement intégrés au sein de la population réunionnaise. 95,6% pour les natifs de La Réunion et 77,9% pour les autres.

2.4. Evaluation de la qualité de vie des internes :

2.4.1. Evaluation subjective par une échelle visuelle analogique :

La **qualité de vie** mesurée selon une échelle visuelle est en moyenne de **6,9/10**. Elle est de **7,8 pour un stage ambulatoire, 6,9 pour les internes en stage aux urgences et 6,7 pour un stage hospitalier.**

Elle est de 7 pour les femmes et de 6,9 pour les hommes.

Elle est de 7,2 pour les internes en couple et de 6,6 pour ceux célibataires.

De même, les internes avec enfant estiment leur qualité de vie à 6,1 et ceux sans enfants à 7.

La qualité de vie décroit avec l'âge des internes entre 24 et 28 ans, pour s'améliorer à 29 et ensuite se retrouver sous la moyenne à l'âge de 30 ans.

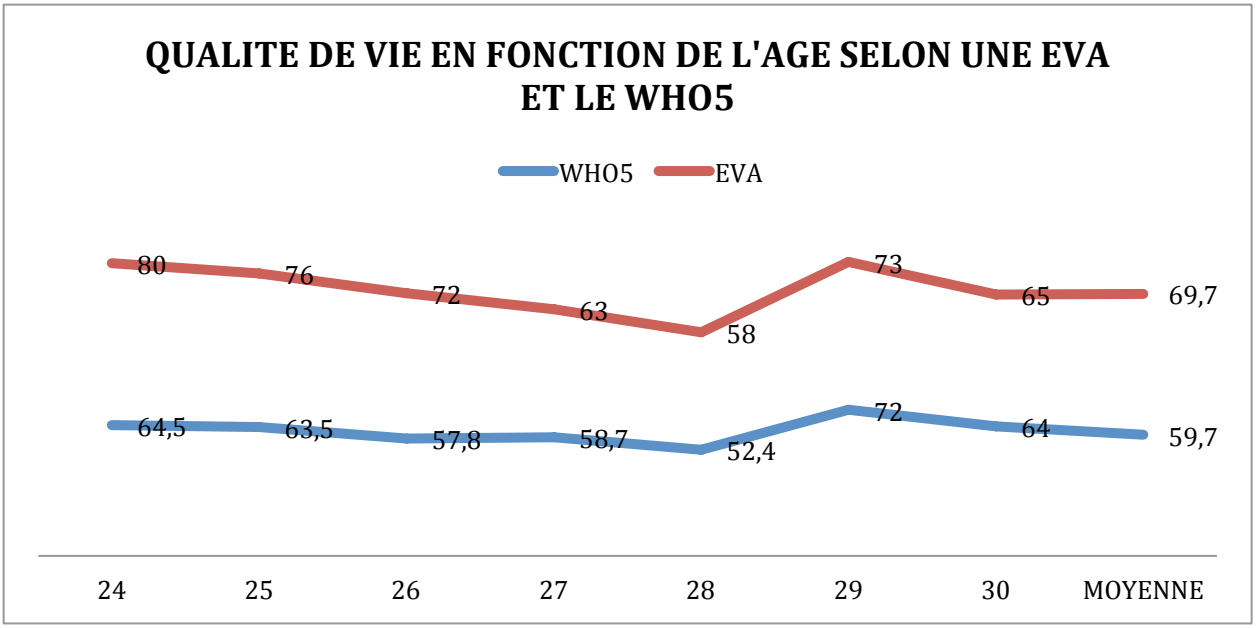
2.4.2. Evaluation par le WHO5 :

La qualité de vie des internes de médecine générale de l'océan indien a également été mesurée à l'aide du questionnaire WHO5 de l'OMS. La moyenne de ce score exprimée en pourcentage est de 59,7%. 64% pour les stages ambulatoires, 58,3% pour les stages hospitaliers et 57,9% pour les internes aux urgences.

Pour les femmes que la qualité de vie est moindre avec un score de 58,5% et de 62,4% pour les hommes.

Pour le statut matrimonial, le score WHO5 va dans le même sens que l'échelle visuelle avec 60,7% pour les couples et 58,4% pour les célibataires.

Il en est de même pour la parentalité. Les internes sans enfant ont un score de 60,2% et ceux avec de 53,7%. En ce qui concerne l'âge, le score WHO5 suit la même distribution qu'avec l'échelle visuelle.



2.5. Evaluation du syndrome d'épuisement professionnel par le *Maslach Burnout Inventory* :

31,5% des internes se sentent menacés par le SEP. 1,1% ne sait pas.

2.5.1. Epuisement émotionnel :

44,6% des internes ont un score d'épuisement émotionnel bas (n=41), 38% modéré (n=35) et **17,4% élevé (n=16).**
La moyenne est à 19,5 (+/- 9,3), ce qui correspond à un degré modéré d'épuisement émotionnel.
Les scores vont de 0 (épuisement émotionnel bas) à 41 (niveau élevé).

2.5.2. Dépersonnalisation :

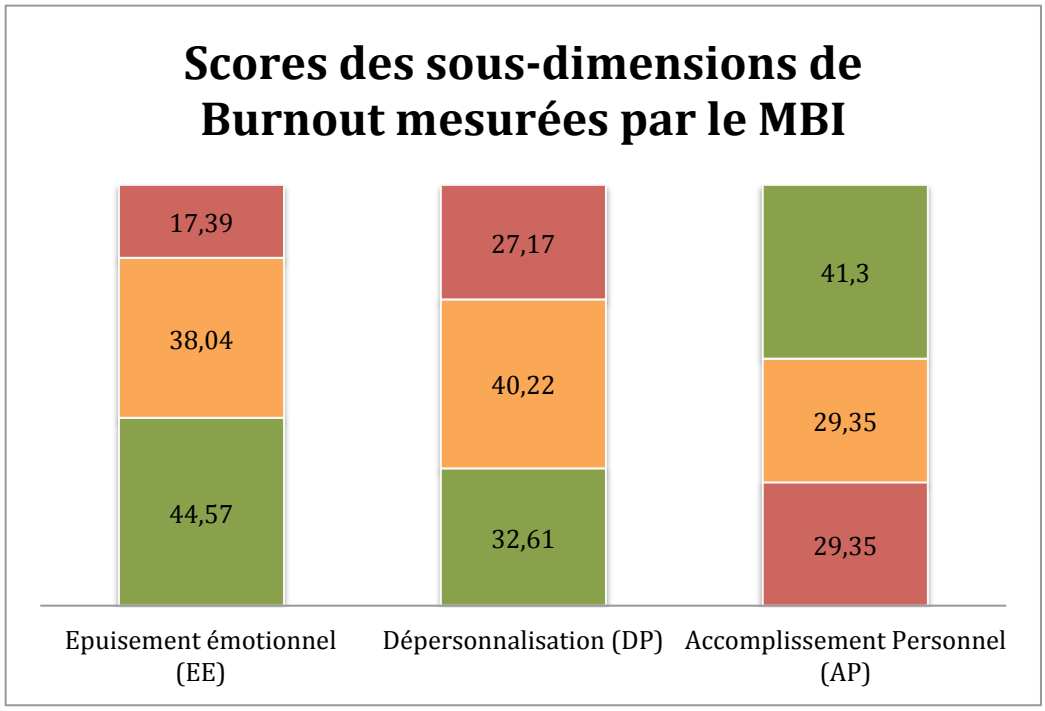
32,6% des internes (n=30) présentent un score bas de dépersonnalisation, 40,2% (n=37) un score modéré et **27,2% (n=25) un score élevé.**
Les scores vont de 0 à 27 avec une moyenne à 9,2 (+/- 5,9) ce qui correspond à un degré modéré de dépersonnalisation.

2.5.3. Accomplissement personnel :

Il s'agit du sentiment d'accomplissement personnel. Plus ce score est élevé, moins il a d'effet concernant l'installation d'un syndrome d'épuisement professionnel. On parle parfois de **baisse** du sentiment d'accomplissement personnel, et donc plus cette baisse est faible, moins il a d'impact sur l'installation du syndrome d'épuisement professionnel.

41,3% des internes (n=38) ont un taux élevé d'accomplissement personnel, 29,35% (n=27) un niveau modéré et **29,35 (n=27) ont un faible taux d'accomplissement personnel**.

Les scores s'échelonnent de 21 (niveau bas) à 47 (niveau élevé) et la moyenne est à 36,7 (+/- 6,6) ce qui correspond à un niveau modéré d'accomplissement personnel.



Score moyen EE : 19,5 ; Ecart type 9,3

Score moyen DP : 9,2 ; Ecart type 5,9

Score moyen AP : 36,7 ; Ecart type 6,6

2.5.4. SEP bidimensionnel :

Il est défini par l'obtention de score élevé dans les deux premières dimensions du MBI, à savoir l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

Ils sont 9 (9,7%) a présenter un burnout bidimensionnel.

2.5.5. SEP sévère complet ou tridimensionnel :

Il est défini par un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et par un score bas d'accomplissement personnel.

6 internes (7%) présentent un burnout sévère complet.

2.5.6. Absence de SEP :

Elle est définie par des scores bas d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et par un accomplissement personnel élevé.

12 internes soit 13% présentent une absence totale de burnout.

3. Analyses statistiques multivariées :

3.1. Effet du sexe :

57% des internes sont en couple, avec une prédominance pour les femmes (63,1%) par rapport aux hommes (57,1%), mais sans différence significative observée (p = 0,1092). 9,2% des femmes et 3,6% des hommes ont au moins un enfant. A la question « *les internes considèrent-ils l'internat comme un obstacle à la parentalité ?* » il n'a pas été retrouvé de significativité (p = 0,2460).

En première année, les femmes représentent 58,8%, en deuxième année 64,7% et en troisième année 92%.

En ce qui concerne la **charge de travail**, 57,6% des internes réalisent plus de 45 heures hebdomadaires. Ce chiffre passe à 64,3% pour les hommes et 35,7% pour les femmes. Il n'y a cependant **aucune différence significative entre les sexes (p = 0,4931).**
Pour les gardes, 69,6% des internes effectuent au moins trois gardes par mois, 70,4% pour les hommes et 69,2 pour les femmes, donc sans aucune différence (p = 1)

43% des internes ont deux semaines de congés semestriels, sans différence entre les hommes et les femmes (p = 0,3235).

Le pourcentage d'hommes et de femmes estimant consacrer suffisamment de temps à leur entourage est similaire (52,3% vs 60,7%) mais pour les loisirs, les hommes semblent plus satisfaits (75% vs 61,5%). Aucune différence significative n'est mis en évidence (p = 0,5021 et 0,2422).

Le mode de vie plébiscité par les internes est la colocation (60,2%), sans différence entre les hommes et les femmes (p = 0,54).

Le choix de la médecine générale comme spécialité aux ECN reste un choix délibéré aussi bien pour les hommes (82,1%) que pour les femmes (84,6%). Aucune différence significative n'est mis en évidence (p = 0,1265).

25,9% des hommes ont déjà pensé à quitter médecine et 26,6% des femmes. De même, ils sont 62,9% d'hommes et 53,9% des femmes ne seraient pas prêt à refaire leur année de PCEM1.

En ce qui concerne l'utilisation de tabac, et des hypnotiques, il n'y a aucune différence significative entre les sexes. En revanche pour l'alcool, **les hommes (39,9%) sont plus nombreux à consommer régulièrement que les femmes (17,5%), p = 0,0343.**
Il en est de même pour le **cannabis où les 17,9% des hommes consomment contre 1,6% pour les femmes, p = 0,0093.**

Les femmes consomment plus d'antidépresseurs que les hommes. 17,2% des femmes avant leur internat et 7,8% pendant, contre 0% et 3,6% pour les hommes. Il existe une différence significative uniquement pour la consommation d'antidépresseurs **précédant la période de l'internat (p = 0,0165).**

Il en est de même avec le **recours à un psychiatre ou à un psychologue** qui concerne 26,6% des femmes avant leur internat et 10,9% après, contre 3,6% des hommes dans les deux cas. **La différence entre les sexes est significative pour la période pré-internat avec p = 0,0099.**

Il n'y a pas de différence significative concernant le taux d'antécédent de tentative de suicide ou d'idées suicidaires dans les deux sexes (p = 0,4523).

Pour leur future installation, 15,2% des femmes s'orientent vers du salariat contre seulement 2,2% des hommes. Hommes et femmes préfèrent le travail de groupe à 78,6% et 75%. Il existe une tendance sans preuve significative (p = 0,085).
Il n'y a pas de différence entre les sexes pour la durée de la période de remplacement, le lieu d'installation (ville, rural ou semi-rural) et le fait de continuer à faire des gardes, des visites ou à consulter uniquement sur rendez-vous.

Le stress professionnel, ainsi que l'évaluation de la formation sont identiques en fonction des sexes sauf en ce qui concerne **la préoccupation des internes par leur travail hors de leur milieu professionnel où 29,2% des femmes contre 7,1% des hommes estiment faire des rêves ou des insomnies en rapport avec leur profession, p = 0,0285.**

3.2. Effet de l'âge :

Ces analyses statistiques ont été réalisées en regroupant les internes de part et d'autre de la médiane (26 ans).

Concernant la charge de travail (volume horaire et gardes), il n'y a pas de différence significative entre les internes de 26 ans ou moins et ceux de plus de 26 ans (p = 0,567).
Il en est de même pour le temps consacré à la famille ou aux loisirs (p = 0,2134).

La charge de travail ne varie pas en fonction de l'âge.

L'orientation pour la médecine générale reste un choix délibéré à 80,7% pour les plus jeunes et à 88,9% pour les plus de 26 ans, sans différence significative (p = 0,4156).

L'âge n'influe pas non plus l'envie de quitter la médecine ou le fait d'être prêt ou non à refaire la PCEM1 (p = 0,7691).

La consommation de toxique n'est pas non plus différente entre les deux groupes.

Pour le tabac, 29,8% des plus jeunes en consomment contre 38,2% pour les plus de 26 ans. Pour les hypnotiques 3,6% vs 8,6% (mais sans différence significative, p = 0,3689), de même pour la consommation d'alcool, avec 21,4% vs 28,6% (mais sans différence significative, p = 0,4191). Le cannabis semble plus consommer chez les jeunes (8,8%) que chez les autres (2,9%) mais la encore p = 0,4018.

Les internes les plus âgés sont 17,1% à avoir consommé des antidépresseurs avant leur internat et 5,7% après. 8,8% et 7% respectivement pour les plus jeunes.
20% des plus âgés et 19,3% pour les plus jeunes ont déjà consulté psychiatre ou psychologue avant leur internat et 8,6% et 8,8% après. Pour les internes n'ayant jamais eu recours à ces professionnels, ils sont 31,3% pour les mois de 26 ans et 13,8% pour les plus de 26 ans à penser qu'ils auraient du le faire. Il n'y a pas de différence significative p = 0,1064.

A noter, qu'aucun n'interne ne présente d'idée suicidaire au moment du recueil de données, mais 7% des moins de 26 ans et 5,7% des plus de 26 ans en ont présenté dans les 12 derniers mois (p = 0,06).

Pour le stress professionnel, aucun paramètre ne présente de différence significative en fonction de l'âge.

Les moins de 26 ans se sentent plus accompagnés que les plus de 26 ans (56,1% vs 46,2%), et estiment recevoir plus de reconnaissance de la part de leurs séniors (59,7% vs 50%), des patients (77,2% vs 69,4%) et des soignants (71,9% vs 69,4%).

Ils sont respectivement 77,2% et 71,4% à estimer recevoir plus de reconnaissance que leurs homologues métropolitains.

Il n'existe donc aucune différence significative entre les deux groupes d'âge sur l'ensemble des paramètres étudiés.

3.3. Effet de l'année d'internat :

Au moment du recueil de données, les internes étaient soit en 2ième, 4ième ou 6ième semestre. Quelques internes étaient décalés en 3ième ou en 5ième semestre (convenance personnelle, grossesse, stage hors subdivision).

Il existe une **véritable différence de charge de travail entre les années. 72,7% des 1^{ière} année (T1), 55,9% des 2ième année (T2) et 40% des 3ième année (T3) font plus de 45 heures hebdomadaires. Il existe une réelle différence avec p = 0,0428.**
De même, pour les gardes avec respectivement 87,9% des T1, 64,7% des T2 et 52% des T3 effectuent 3 ou plus de 3 gardes mensuelles **p = 0,0098.**

On ne retrouve aucune différence significative quant à la possibilité de consacrer du temps à leur entourage ou aux loisirs. Pour les T1 respectivement 47% et 61,8%, T2 64,7% et 73,5% et T3 52% et 60%.

On ne retrouve pas de différence significative sur la capacité à refaire une PCEM1 avec p = 0,0647. Ce sont les T2 qui restent le plus motivés (72,7%) contre 47% pour les T1 et 47,9% pour les T3.

Pour la consommation de tabac, d'hypnotique et de cannabis il n'y a pas de différence significative entre les promotions (p = 0,6923). En revanche pour l'alcool, on retrouve une tendance avec p = 0,0724. La consommation diminue avec les années : T1 33,3%, T2 27,3% et T3 8%.
Les autres paramètres concernant la santé des internes ne présentent pas de différence en fonction des 3 promotions.

Les paramètres mesurant le stress professionnel et évaluant la formation et la reconnaissance des internes ne montrent, là aussi, aucune différence significative ni tendance entre les 3 groupes.

3.4. Effet du stage en cours :

76,8% des internes en stage à l'hôpital effectuent plus de 45 heures par semaines. Ce n'est le cas pour aucun des internes en stage ambulatoire (SASPAS ou Stage de niveau 1), p < 0,0001.

De même, 91,3% des internes en stage hospitalier effectuent au moins 3 gardes mensuelles versus 4,4% pour les internes en stage ambulatoire, p <0,0001.

La tendance est la même pour le nombre de week-ends libres mensuels ainsi que pour le nombre de semaines de vacances par semestre, mais il existe un manque d'effectif pour pouvoir mettre en évidence une relation statistique significative.

Les internes en stage ambulatoire consacrent également plus de temps à leur entourage (82,6% vs 45,7%) avec p < 0,005. Cela n'est plus significatif avec les loisirs (p = 0,2060) où 78,3% des internes en stage ambulatoire estiment consacrer suffisamment de temps à leurs loisirs vs 61,4% pour ceux en stage hospitalier.

Il n'y a pas de différence entre les deux groupes sur l'envie de quitter les études de médecine ou le fait de devoir refaire un PCEM1 (p = 0,1693 et p = 1).

La consommation de tabac (37,7% vs 18,2%), d'alcool (27,9% vs 13%) et d'hypnotiques (7,4% vs 0%) semble être plus importante lorsque les internes sont en stage à l'hôpital mais sans significativité. C'est l'inverse pour le cannabis (5,8% vs 8,7%).

L'analyse des paramètres concernant la santé mentale et l'humeur des internes ne mettent aucune différence significative en évidence.
De même, que pour l'analyse des paramètres concernant la formation et la reconnaissance.

61% des internes ayant validé le stage en CHU seraient prêt à repasser le PCEM1 vs 30,8% (p = 0,0672) et 24,4% pensent à quitter leurs études vs 38,5% (p = 0,3162).

Ainsi, les internes en stage ambulatoire travaillent moins et moins dur que leurs homologues hospitaliers. Ils consacrent plus de temps à leur entourage mais ne sont pas en meilleure santé de façon significative.

3.5. Effet de la charge de travail :

L'envie de quitter les études de médecine ou le fait d'être prêt à refaire un PCEM1 n'évolue pas en fonction du nombre d'heures de travail hebdomadaire.
La tendance est à l'augmentation en ce qui concerne le tabac (35% vs 26,7%), l'alcool (27,1% vs 19,4%), les hypnotiques (8,5% vs 0%) et le cannabis (6,7% vs 6,5%), avec le nombre d'heures.

La consommation d'antidépresseurs et le recours à un professionnel de santé suit la même tendance (6,7% vs 6,5% pour les antidépresseurs et 11,7% vs 3,2%) sans pour autant qu'on puisse mettre en évidence une différence significative. Pour chaque groupe, 25% estiment ne pas avoir eu recours à un professionnel de santé alors qu'ils en auraient eu besoin.

Le stress professionnel suit également la même tendance pour « la peur de faire des erreurs médicales » ou « des erreurs de prise en charge ». Les internes travaillant plus sont soumis à plus de rêves ou d'insomnies en lien avec leur profession (24,6% vs 19,4%) mais sans significativité (p = 0,793).

Pour ceux qui travaillent le plus, ils sont 16,4% à ressentir un « ras le bol des séniors » vs 12,9%. L'accompagnement au cours de leur cursus apparaît satisfaisant chez 55,4% de ceux qui travaillent plus de 45 heures par semaine et chez 48,4% chez les autres. La reconnaissance suit une tendance inverse avec 64,5% des internes suffisamment reconnus par leur séniors lorsqu'ils travaillent moins de 45 heures par semaine et 52,5% chez les autres.

En ce qui concerne le nombre de gardes mensuelles, la limite a été fixée à 3.

Ainsi les internes réalisant moins de gardes estiment consacrer plus de temps à leur entourage (p = 0,0137). Il n'y a pas de significativité mais une tendance identique pour les loisirs (71,4% vs 62,5%, p = 0,087).

3.6. Effet de l'origine géographique :

Les internes en poste au sein de la subdivision océan indien, ont été regroupé en deux groupes : ceux d'origine Réunionnaise et les autres.

34,8% des internes réunionnais estiment consacrer suffisamment de temps à leur entourage vs 60,3% pour les autres ($p = 0,0519$). De même pour les loisirs, 52,2% vs 70,6% ($p = 0,1302$).

Cependant, il existe une différence significative dans le nombre de fois ou l'étudiant voit sa famille ($p < 0,0001$).

Ils sont mieux intégrés à la population réunionnaise (95,7% vs 77,9%, $p = 0,0623$).

Le choix de la médecine générale comme spécialité reste délibéré à 87% vs 83,8%.

Cependant, leur projet professionnel diffère de façon significative puisque 54,6% souhaitent pratiquer définitivement à La Réunion et 40,91% temporairement, versus 7,6% et 62,7% chez les internes n'étant pas réunionnais ($p < 0,0001$).

La consommation de tabac est inférieure chez les originaires de La Réunion (13,6% vs 38,2%, $p = 0,0373$). On retrouve la même tendance pour la consommation d'alcool, d'hypnotiques et de cannabis.

Les paramètres de santé mentale suivent les mêmes tendances au sein de ces deux populations mais sans différence significative.

Aucun interne de cette population n'a de difficulté de compréhension des patients versus 19,1% chez les internes non réunionnais, ($p = 0,0334$). Il n'y a pas de différence en termes de discrimination puisque 100% des internes ne ressentent aucune discrimination de la part des patients ou des soignants.

Les internes d'origine réunionnaise, semblent consacrer plus de temps à leur entourage, leurs loisirs mais surtout leur famille. Ils sont mieux intégrés à la population locale, consomment moins de toxiques et orientent leur projet professionnel à La Réunion. Ils ne sont pas pour autant en meilleure santé mentale.

3.7. Effet des spécificités locales :

Il existe une différence non significative entre le mode de vie des internes d'origine réunionnaise et les autres. En effet, seulement 39,3% des internes d'origine réunionnaise vivent en colocation versus 67,6% pour les autres. De même, les internes en colocation consomment de façon plus fréquente du tabac 83,3% vs 50,82 ($p = 0,0167$) et de l'alcool 81,8% vs 53,6% ($p = 0,0099$).

Il n'y a aucune différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le nombre de retours en métropole ainsi que le nombre de fois où ils revoient leur famille annuellement.

Les internes en stage hospitalier font moins de trajet Réunion-Métropole que les autres internes ($p = 0,0108$) et ils voient moins leur famille que les autres ($p = 0,0296$).

Les internes d'origine réunionnaise voient beaucoup plus leur famille que les autres ($p < 0,001$).

Les internes qui voient moins leur famille fument plus ($p = 0,0049$) et consomment plus fréquemment de l'alcool ($p = 0,0189$).

Les internes qui voient moins leur famille ont plus fréquemment des idées suicidaires ($p = 0,0143$), et craignent plus de faire des erreurs médicales ($p = 0,0397$).

Ils n'y a pas de différence significative sur les évaluations de la qualité de vie (EVA et score WHO5) entre les internes d'origine réunionnaise et ceux métropolitains ainsi qu'avec le mode vie (principalement entre ceux vivant en colocation et les autres), le soutien familial et le nombre de retours annuels en métropole.

Ainsi, les internes expatriés vivent plus éloignés de leur famille, consomment plus de toxiques et craignent plus de faire des erreurs médicales. Ils ont, en revanche, une qualité de vie similaire à ceux d'origine réunionnaise.

4. Etudes et recherche de facteurs associés au syndrome d'épuisement professionnel (SEP) :

4.1. Principaux résultats :

Pour ce faire nous avons choisi de mesurer l'association entre chaque composante du score de Maslach, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

Nous avons ensuite recherché les facteurs associés à des niveaux élevés de scores des deux premières composantes (syndrome d'épuisement professionnel bidimensionnel – SEP bidimensionnel) puis à des niveaux élevés des deux premières composantes et des scores bas pour la troisième composante (regroupé sous le terme de SEP tridimensionnel).

Enfin, nous avons recherché les facteurs associés à l'absence totale de SEP soit un niveau faible dans les deux premières composantes du score MBI et un score élevé d'accomplissement personnel.

Nous avons réalisé une analyse multivariée permettant d'identifier les variables associées aux facteurs étudiés de façon significative et indépendamment les unes des autres, avec un seuil de significativité à 5% a l'aide du test du Chi-deux et du test exact de Fisher (pour les effectifs réduits).

Les variables quantitatives ont préalablement été transformées en variables qualitatives, avec un seuil arbitrairement fixé (principalement en fonction des médianes et des moyennes) quand cela était intéressant.

S : Lien significatif entre les deux variables ($p < 0,05$)

NS : Lien non significatif entre les deux variables ($p > 0,05$)

NS- : Lien non significatif entre les deux variables mais tendance à la corrélation ($0,05 < p < 0,1$).

Tableau 3 : Facteurs associés au syndrome d'épuisement professionnel

	EE	DP	AP	SEP bidimensionnel	SEP tridimensionnel	Absence totale de SEP
Sexe	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Age	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Statut matrimonial	NS	NS	NS	NS	NS	NS-
Chu valide	NS	NS	NS-	NS	NS	NS
Famille/an	NS	NS	NS	NS	**S**	NS
Trajet Réunion-Métropole	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Origine réunionnaise	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Année d'internat	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Orientation en médecine générale	NS	NS	NS	**S**	NS-	NS
Stage en cours	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Heures hebdomadaires	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Gardes mensuelles	NS	NS	NS	NS	NS	NS
WE libres	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Temps pour l'entourage	NS-	NS	NS	NS	NS-	NS
Temps pour les loisirs	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Mode de Vie	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Intégration à la population locale	**S**	**S**	**S**	**S**	**S**	**S**
Refaire PCEM1	**S**	NS	NS	**S**	NS-	NS
Quitter médecine	**S**	NS-	NS	**S**	**S**	NS
Menacé par le SEP	**S**	**S**	NS	**S**	**S**	NS
Tabac	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Alcool	**S**	NS	NS	**S**	**S**	NS
Hypnotiques	**S**	NS	NS	NS	NS	NS
Cannabis	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Antidépresseur avant l'internat	**S**	NS	**S**	NS	NS	**S**
Antidépresseur pendant l'internat	NS	NS	NS	NS-	**S**	NS
Consultation psychologique avant l'internat	**S**	NS	**S**	NS	NS-	NS
Consultation pendant l'internat	NS	NS	**S**	NS	NS-	NS
Recours psy non fait	NS	**S**	NS	**S**	**S**	NS
Idées suicidaires ou ATCD	**S**	**S**	**S**	**S**	**S**	**S**
ATCD de TS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Erreur médicale	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Erreur de prise en charge	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Rêves/insomnies	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Epuisement séniors	NS-	NS-	NS	**S**	**S**	NS-
Accompagnement	**S**	NS	NS	NS	NS	NS
Reconnaissance patient	NS	NS	**S**	NS	NS	**S**
Reconnaissance soignant	NS	NS-	**S**	NS	NS-	**S**
Reconnaissance séniors	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Reconnaissance globale	NS	NS	**S**	NS	NS	**S**
Qualité de vie (EVA)	**S**	NS	**S**	NS-	NS	**S**
Qualité de vie (WHO5)	**S**	NS	**S**	**S**	**S**	NS
Satisfaction globale internat	**S**	NS	**S**	**S**	**S**	**S**

Nous allons maintenant détailler l'ensemble des résultats décrits ci-dessus pour chaque dimension étudiée.

4.2. Facteurs liés à l'épuisement émotionnel (EE) :

Tableau 4 : Facteurs liés à l'épuisement émotionnel

Paramètres	p	OR	IC 95%
Intégration population locale	0,030	0,252	0,075-0,847
Refaire le PCEM1	0,001	0,127	0,033-0,489
Quitter la médecine	0,018	4,571	1,430-14,604
Menacé par le SEP	< 0,0001	13,882	3,508-54,926
Alcool	0,045	3,5	1,095-11,181
Hypnotique	0,031	9,125	1,377-60,431
ATD avant l'internat	0,0002	15,75	3,772-65,763
Consultation psy avant l'internat	0,009	5,170	1,559-17,147
Idées suicidaires	0,0003	37,5	3,967-354,41
Accompagnement	0,026	0,242	0,071-0,820
Qualité de vie (EVA)	0,003	0,173	0,053-0,056
Qualité de vie (WHO5)	0,0002	0,054	0,006-0,429
Satisfaction globale	0,011	0,158	0,033-0,746

37,5% des internes en épuisement émotionnel (EE) élevé ne se sentent pas correctement intégrés à la population locale, alors que seulement 13,2% des internes en EE élevé se sentent correctement intégrés à la population locale.

La mauvaise intégration locale est donc un facteur de risque d'EE.

81,2% des internes en EE élevé ne seraient pas prêts à refaire le PCEM1, alors que 18,8% en EE élevé oui.

53,3% des internes en EE seraient prêts à quitter leur formation, alors que 87,5% des internes qui n'envisagent pas de quitter la médecine ont un score d'EE négatif.

Ainsi, le fait d'avoir un score d'EE élevé constitue un facteur de risque de ne pas finir sa formation médicale.

Le fait de se sentir menacé par le SEP est un facteur de risque important. 80% des internes en EE élevé se sentent menacés par le SEP. 77,6% des internes qui ont un score d'EE bas ne se sentent pas menacés par le SEP. Ce facteur est important puisqu'il résulte une association avec l'EE un OR de 13.

Donc un interne se sentant menacé par le SEP a plus de risque d'en développer un.

L'usage d'alcool et d'hypnotique est plus important dans le groupe dont l'EE est élevé, avec 46,7% des internes en EE élevé qui consomment régulièrement de l'alcool versus 20% en EE élevé qui n'en consomment que rarement.

Parmi les internes en EE élevé, 20% consomment des hypnotiques régulièrement et 2,7% n'en consomment pas.

De même, toujours parmi les internes en EE élevé, 46,7% avouent une consommation d'antidépresseur avant le début de leur internat et 5,3% n'en consommaient pas.

Ainsi, la consommation d'antidépresseur avant l'internat est un facteur de risque élevé d'EE puisque l'OR = 15,75.

En terme de santé mentale, 46,7% des internes en EE élevé ont déjà consulté un psychiatre ou un psychologue avant leur internat.

Toujours parmi les internes en EE élevé, 33,3% ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois et 1,3% n'en ont pas eu.

La présence d'idées suicidaires dans les 12 derniers mois est un facteur de risque important d'EE.

Au niveau de la formation, 75% des internes en EE élevé estiment ne pas avoir assez d'accompagnement au cours de leur internat.

En terme de satisfaction globale de leur internat, 87,5% des internes en EE élevés ne sont pas satisfaits.

Se sentir accompagné durant leur formation et être satisfait globalement du déroulement de leur internat est un facteur protecteur de survenue d'EE.

En ce qui concerne la qualité de vie, évaluée par l'EVA de qualité de vie, parmi les internes en EE élevé 68,8% évaluent leur qualité de vie inférieure à la moyenne et 27,6% supérieure à la moyenne. De même et selon le score WHO5, 93,8% et 44,7%.

L'élévation du score d'épuisement émotionnel influe négativement sur la perception de la qualité de vie.

4.3. Facteurs liés à la dépersonnalisation (DP) :

Tableau 5 : Facteurs liés à la dépersonnalisation

Paramètres	p	OR	IC 95%
Intégration à la population locale	0,032	0,288	0,094-0,0881
Menacé par le SEP	0,010	3,767	1,414-10,035
Recours à un psy non fait	0,032	3,763	1,233-11,479
Idées suicidaires ou ATCD	0,005	17,368	1,911-157,829

Ici aussi, pour cette composante du SEP, parmi les internes ayant un score de DP élevé 32% ne se sentent pas correctement intégrés à la population locale, alors que 11,9% oui.

La mauvaise intégration locale est donc un facteur de risque de dépersonnalisation.

Le fait de se sentir menacé par le SEP est un facteur de risque important. 54,2% des internes en DP se sentent menacés par le SEP. 76,1% des internes qui ne sont pas en DP ne se sentent pas menacés par le SEP.

Il constitue donc un facteur de risque de dépersonnalisation. Ce facteur est moins important que pour l'EE puisqu'il résulte une association avec la dépersonnalisation un OR de 3,7.

En ce qui concerne leur santé, les internes en DP élevé sont 45% à avouer ne pas avoir eu recours à un psychiatre ou à un psychologue alors qu'ils en auraient eu besoin.
20,8% des internes en DP élevé déclarent avoir eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois contre 1,5% dans le groupe sans DP.

La présence d'idées suicidaires dans les 12 derniers mois est un facteur de risque important de dépersonnalisation.

4.4. Facteurs liés à la baisse d'accomplissement personnel :

Tableau 6 : Facteurs liés à la baisse d'accomplissement personnel

Paramètres	p	OR	IC 95%
Intégration population locale	0,015	0,241	0,078-0,740
ATD avant l'internat	0,0022	8,561	2,062-35,53
Consultation psy avant l'internat	0,0186	4,117	1,403-12,08
Consultation psy pendant l'internat	0,0473	4,621	1,018-20,96
Idées suicidaires	0,0082	14,318	1,584-129,37
Reconnaissance patient	0,0175	0,283	0,105-0,757
Reconnaissance soignant	0,0481	0,375	0,144-0,973
Reconnaissance globale	0,259	0,095	0,704
Qualité de vie (EVA)	0,0033	0,224	0,086-0,582
Qualité de vie (WHO5)	0,0120	0,281	0,104-0,758
Satisfaction globale	0,0051	0,220	0,074-0,652

33,3% des internes qui ont score bas d'AP ne se sentent pas correctement intégrés à la population locale.

Comme pour les deux dimensions précédentes, la mauvaise intégration à population réunionnaise est un facteur aggravant.

29,6% des internes ayant un score AP bas ont consommé des antidépresseurs pendant leur externat, 37% ont déjà consulté psychiatre ou psychologue avant leur internat et 18,5% pendant. 18,5% des internes en AP bas ont eu des idées suicidaires les 12 derniers mois alors que 1,6% des internes en AP haut n'ont pas présenté d'idées suicidaires dans les 12 derniers mois.

Un mauvais état de santé mentale des internes constitue un facteur de risque important de baisse d'accomplissement personnel.

La reconnaissance semble être un facteur important dans l'AP. En effet, 44,4% des internes ayant un AP bas ne se sentent pas assez reconnus des soignants. Et 44% des internes ayant un AP bas ne se sentent pas assez reconnus des patients.

En revanche, 82,8% des internes ayant une reconnaissance globale suffisante ont un score d'AP haut.

La reconnaissance, et en particulier la reconnaissance globale, est un facteur protecteur de baisse d'accomplissement personnel.

Selon le WHO5, 74% des internes ayant une qualité de vie inférieure à la moyenne ont un score d'AP bas et selon l'EVA 59,2%. De même, 81,8% des internes en AP bas ne sont pas satisfaits de la qualité de leur internat.

La qualité de vie est un facteur associé à l'accomplissement personnel, qu'elle soit évaluée par le WHO5 ou par l'EVA.

4.5. Facteurs liés au SEP bidimensionnel :

Tableau 7 : Facteurs liés au syndrome d'épuisement professionnel bidimensionnel

Paramètres	p	OR	IC 95%
Orientation en médecine générale	0,0362	0,190	0,044-0,822
Intégration population locale	0,0458	0,211	0,049-0,0900
Refaire le PCEM1	0,0388	0,190	0,037-0,975
Quitter médecine	0,0239	5,925	1,291-27,200
Menacé par le SEP	0,0118	7,826	1,471-41,612
Alcool	0,0194	6,372	1,383-29,361
Recours psy non fait	0,0126	14,933	1,551-143,70
Idées suicidaires	0,0004	40,5	5,636-291
Epuisement seniors	0,0279	5,84	1,340-25,438
Qualité de vie (WHO5)	0,0335	0,122	0,014-1,019
Satisfaction globale	0,0093	-	-

26,7% des internes ayant choisi la médecine générale pour une autre raison que par choix délibéré sont en SEP bidimensionnel (versus 6,5% pour ceux ayant fait un choix délibéré). 93,5% des internes ayant fait le choix délibéré de la médecine générale comme spécialité ne présentent pas de SEP bidimensionnel.

Faire un choix d'internat non délibérément est un facteur de risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel.

44,4% des internes qui ne sentent pas intégrés à la population locale sont en SEP bidimensionnel, alors que 85,5% de ceux qui se sentent correctement intégrés ne le sont pas.

Le sentiment d'intégration à la population locale est un facteur protecteur de SEP bidimensionnel.

77,8% des internes qui ne seraient pas prêt pour repasser le PCEM1 sont en SEP bidimensionnel et 62,5% seraient prêt à quitter la médecine.

75% des internes en SEP bidimensionnel se sentent menacés par le SEP.

Se sentir menacé par le SEP est un facteur de risque important de SEP bidimensionnel.

62,5% consomment de l'alcool régulièrement.

80% estiment qu'ils auraient du avoir recours à un psychiatre ou à un psychologue sans pour autant l'avoir fait. 50% ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois, avec un OR à 40,5, il s'agit là d'un facteur important de corrélation.

En terme de santé mentale, la présence d'idées suicidaires récentes ou le recours à un professionnel de santé mentale est un facteur de risque important de SEP bidimensionnel.

44,4% ressentent un épuisement de la part de leur médecin sénior.

100% ne sont pas satisfaits de la qualité de leur internat. 88,9% ne sont pas satisfaits de leur qualité de vie selon le score WHO5.

Les internes qui ne sont pas satisfaits de la qualité de leur internat ou de leur qualité de vie présentent un risque accru de SEP bidimensionnel.

4.6. Facteurs liés au SEP tridimensionnel ou complet :

Tableau 8 : Facteurs liés au syndrome d'épuisement professionnel tridimensionnel ou complet

Paramètres	p	OR	IC 95%
Retour Famille/an	0,0146	-	-
Intégration population locale	0,0078	0,081	0,013-0,492
Quitter médecine	0,00352	6,842	1,162-40,27
Menacé par le SEP	0,0118	12,70	1,410-114,50
Alcool	0,0298	7,333	1,242-43,294
ATD pendant l'internat	0,0486	10,125	1,409-72,75
Recours psy non fait	0,0138	-	-
Idées suicidaires ou ATCD	< 0,0001	83	9,18-750,45
Epuisement seniors	0,0433	6,818	1,219-38,11
Qualité de vie (WHO5)	0,0282	-	-
Satisfaction globale	0,0401	-	-

100% des internes en SEP complet, voient moins de deux fois par an leur famille proche.

66,7% des internes qui ne se sentent pas intégrés à la population locale sont en SEP tridimensionnel, alors que 86% de ceux qui se sentent correctement intégrés ne le sont pas.

L'éloignement familial et une mauvaise intégration locale sont des facteurs de risque de survenue de SEP complet.

66,7% seraient prêt à quitter la médecine.

83,3% se sentent menacés par le SEP.

66,7% consomment de l'alcool régulièrement et 33,3% consomment des antidépresseurs.

100% estiment qu'ils auraient du avoir recours à un psychiatre ou à un psychologue sans pour autant l'avoir fait. 66,7% ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois, avec un OR à 83.

50% ressentent un épuisement de la part de leur médecin sénior.

100% ne sont pas satisfait de la qualité de leur internat. 100% ne sont pas satisfait de leur qualité de vie selon le score WHO5.

Comme pour les paramètres précédents, le sentiment d'être menacé par le SEP, les conduites addictives, les idées suicidaires récentes et le recours à des professionnels de la santé mentale, ainsi qu'une mauvaise qualité de vie sont des facteurs de risque de SEP complet.

4.7. Facteurs liés à l'absence de SEP :

Nous avons retenu ici pour la recherche de facteur protecteur que l'absence de SEP correspondait à l'absence totale de score pathologique dans l'ensemble des 3 sous-dimensions du MBI.

Tableau 9 : Facteur liés à l'absence de syndrome d'épuisement professionnel

Paramètres	p	OR	IC 95%
Intégration population locale	0,0282	0,255	0,075-0,865
ATD avant l'internat	0,0240	5,785	1,174-28,50
Idées suicidaires ou ATCD	0,0106	-	-
Reconnaissance patient	0,0041	0,219	0,077-0,623
Reconnaissance soignant	0,0391	0,355	0,138-0,909
Reconnaissance globale	0,0314	0,325	0,118-0,893
Qualité de vie (EVA)	0,0083	0,282	0,113-0,702
Satisfaction globale	0,0212	0,357	0,150-0,846

91,5% des internes indemnes de tout SEP se sentent correctement intégrés à la population locale.

95,7% des internes sans SEP n'ont jamais consommé d'antidépresseurs.
100% n'ont aucune idée suicidaire actuellement et n'en n'ont pas eu au cours des 12 derniers mois.

En terme de reconnaissance, 80,9% des internes sans SEP reçoivent suffisamment de reconnaissance de la part des soignants, et 87,2% de la part des patients. 84,8% reçoivent globalement suffisamment de reconnaissance.

46,7% ne sont pas satisfait de leur qualité de leur internat selon l'EVA, 21,3% ne sont pas satisfait de leur qualité de vie selon l'EVA.

Ces résultats concernant l'absence de SEP sont similaires à ceux évoqués précédemment.

4.8. Récapitulatif des principaux facteurs associés au SEP :

Ainsi au vu de l'ensemble de ces résultats, on peut retenir comme principaux facteurs de risque de SEP :

- Le sentiment d'être menacé par le SEP,
- La consommation d'antidépresseurs et les antécédents récents d'idées suicidaires ou plus largement une dégradation de la santé mentale des internes,
- Le choix par défaut de la médecine générale comme spécialité, après les examens classant nationaux,
- Le sentiment de ne pas avoir une qualité de vie satisfaisante,
- L'éloignement familial et une mauvaise intégration à la population locale.

De même, on retiendra comme facteurs protecteurs :

- La sensation des internes de sentir correctement accompagnés par leurs pairs au cours de leur cursus,
- Une reconnaissance suffisante de leurs pairs mais également des patients ou des soignants,
- Une bonne intégration à la population locale,
- Et l'absence de consommation d'antidépresseurs ou d'idées suicidaires.

Pour l'évaluation de la qualité de vie, on peut retenir qu'elle est corrélée au niveau d'accomplissement personnel et qu'elle varie de façon inverse au degré d'épuisement émotionnel.

Discussion :

Avec ce travail nous avons voulu évaluer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel au sein d'une population dans laquelle il n'avait encore jamais été étudié : Les internes de médecine générale de La Réunion. De nombreuses études métropolitaines ont déjà été réalisées à ce sujet et nous permettent de comparer facilement nos résultats.

Nous pouvons retenir comme principaux résultats concernant le syndrome d'épuisement professionnel que dans notre population :

- 31,5% des internes se sentent menacés par ce dernier.

- 17,4% des internes ont un score d'EE élevé, 27,2% un score de DP élevé et 29,35% un score d'AP bas.

- 9,7% présentent un SEP bidimensionnel et 7% un SEP tridimensionnel. 13% ont une absence totale de SEP (score bas d'EE et de DP, et d'AP élevé).

Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel :

Il existe plus d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation sévères chez les internes de médecine générale à La Réunion, que chez les internes en médecine générale en France (44,6% contre 38,7%), d'après l'étude de 2011 de Komly et Le Tourneur (réalisée par auto-questionnaire lors d'un choix de stage et récupérant 4050 réponses) (73). Ceci est une simple comparaison de résultats sans vérification statistique. Les pourcentages de scores pathologiques différent également de façon importante : à La Réunion, 13 % des IMG sont en absence totale de SEP (0 score pathologique), tandis qu'en France métropolitaine, ils sont 42 %. En revanche, le nombre d'IMG en SEP tridimensionnel (ou complet sévère) est similaire soit 7% pour chaque étude.

On peut émettre l'hypothèse que les internes d'outremer pensaient trouver à La Réunion un changement professionnel positif et qu'en fait ces modifications professionnelles ne sont pas si différentes entre La Réunion et la Métropole mais s'accompagnent d'un éloignement familial,

d'une perte des ressources personnelles qui pourraient être à l'origine d'une souffrance (même minime) rendant assez faible le taux d'IMG en absence complète de SEP et ainsi provoquant une diminution de qualité de vie et de satisfaction globale de leur internat. De plus, la charge de travail semblerait plus importante (ou plus pénible) à La Réunion : Plus de gardes (3 gardes mensuelles en moyenne contre 2,55 pour un interne de métropole), moins de week-end libre (2,1 en moyenne contre 2,54 en métropole) malgré un volume horaire hebdomadaire moindre (47,4 heures contre 48,9 heures en métropole) et plus de temps de vacances (2,45 semaines contre 1,93 semaines en métropole). Est-ce la souffrance au travail qui rend nécessaire un besoin accru de repos ?

De la même façon que Komly et Le Touneur (73), on peut donc se poser la question de la réalité de la théorie d'initiation du SEP, qui selon C. Maslach (10) débute par « *l'apparition de l'épuisement émotionnel éventuellement associée en parallèle à la dépersonnalisation comme moyen de défense contre le BOS, qui à eux deux conduisent à la baisse de l'accomplissement personnel* ».

En effet nos résultats retrouvent une proportion d'IMG ayant un AP bas (29,4%) supérieur à ceux souffrant d'EE (17,4%) mais proche de ceux souffrant de DP (27,2%). On peut alors penser : Soit que la dimension AP peut évoluer indépendamment des 2 autres dimensions contrairement à la théorie de C. Malasch comme le propose Lourel dans sa méta-analyse de 2007 (88), soit que les IMG frappés par le SEP dans notre étude sont à un stade avancé, et qu'ainsi la baisse de l'accomplissement personnel serait un aboutissement à un épuisement professionnel complet et profond. Dans cette hypothèse, l'épuisement émotionnel haut ne serait pas contemporain de la dépersonnalisation ou de l'accomplissement personnel bas et pourrait survenir dans un premier temps, s'améliorer et disparaître secondairement, en laissant place au paramètre de dépersonnalisation puis à la baisse d'accomplissement personnel. Le facteur de dépersonnalisation pourrait apparaître également en premier comme moyen protecteur de lutte contre le burnout.

Si l'on compare les scores individuellement avec les autres études métropolitaines mais monocentriques, on ne note pas de grande différence avec les scores d'EE qui varient tous entre

13,3 % pour Lieurade (79), (10,7 % pour Montpellier (72), mais chez des internes toutes spécialités confondues – biais de sélection –) et 24,1% pour les IMG franciliens (69).

En outre, notre score de DP de 27,2 % est le plus faible de l'ensemble de la bibliographie chez les IMG. Il atteint 50 % au maximum pour l'étude de Pittaco en 2008 (70), mais sa population n'était pas représentative puisque tous les internes étudiés étaient en stage aux urgences (ce qui constitue un biais de sélection important). Cela dit, on retrouve un score de DP élevé dans les études francilienne avec, chez Guinaud en 2005 un DP à 42 % (69), chez Thevenet en 2011 (74) un DP 38,8 % (francilien-languedocien) et dans l'étude de Komly-Le Tourneur (73), chez les IMG francilien ils retrouvent un DP 39,3 %. Leur explication proposée à cette dépersonnalisation élevée serait « *une moindre intégration au sein des structures hospitalières, un mode de vie plus compliqué (logement, transport en commun, grande compétition entre internes pour l'obtention du poste hospitalier futur…)* », mais on ne retrouve pas ces chiffres de DP dans l'étude marseillaise de Moinet en 2012 (75) pourtant réalisée dans la seconde mégalopole française.

Concernant les IMG de La Réunion, on peut supposer que ce faible taux de DP provient du fait d'un compagnonnage important entre internes qui sont tous « expatriés » (même pour ceux d'origine réunionnaise car rappelons qu'ils ont effectué la quasi totalité de leur externat en métropole), qui vivent pour la plupart en colocation et du nombre restreint d'IMG rendant la compétition imperceptible. Ou bien, on peut supposer que le syndrome d'épuisement professionnel est bien installé et que la dépersonnalisation a laissé place à une baisse d'AP.

En revanche, concernant le score de SEP complet associant des scores d'EE et de DP sévères et d'AP faibles, notre étude retrouve un taux de 7% soit un des taux maximum retrouvés dans la littérature. Ceci va à l'encontre de notre hypothèse initiale. On peut proposer comme hypothèses certains facteurs propres à la réalisation d'un internat à La Réunion. A savoir, comme nous le montrent les résultats de l'étude, les difficultés d'intégration à la population locale rencontrées par certains internes qui constituent un facteur de risque majeur ou encore l'éloignement familial.

On peut également discuter de la qualité des stages proposés dans le cursus. Les centres hospitaliers étant globalement des structures de moindre envergure qu'en métropole, l'interne y trouve une place plus importante avec des responsabilités accrues et peut être une supervision moindre.

Réciproquement, un sentiment de bonne intégration à la population locale constitue un facteur protecteur et favorisant l'absence de SEP. De même, une bonne qualité de vie est un facteur protecteur de survenue de SEP comme supposé dans l'hypothèse initiale. La reconnaissance et la qualité de vie favorisent l'accomplissement personnel, et pourraient être protecteur de SEP.

Si on considère maintenant la chronologie des différentes études, il n'y a pas de grande différence entre les chiffres retrouvés. En effet, on pourrait penser qu'avec les années et la connaissance du SEP (voire peut être un jour sa reconnaissance) et donc les moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge, le taux d'IMG atteint de SEP serait en constante diminution, mais ce n'est pas le cas. De même, avec l'évolution récente de l'aménagement du temps de travail des internes et avec le plafonnement des heures hebdomadaires, les demi journées libérées pour formation et le respect obligatoire du repos de sécurité post garde, on aurait pu penser que le nombre d'IMG atteint de SEP baisse avec les années. Ce n'est pas le cas.

Etude en fonction du sexe :

Les différences marquées entre hommes et femmes se retrouvent principalement autour de la formulation du volume horaire. Les femmes semblent plus fragiles psychologiquement du fait de consultations plus régulières chez les psychiatres et d'une consommation (faiblement) accrue d'hypnotiques et d'antidépresseurs. Elles semblent plus impactées par leur profession. Ou bien elles ont une conscience accrue de leur souffrance professionnelle.

Mais il n'y a pas de différence significative entre la population masculine et féminine, quelle que soit la dimension étudiée du syndrome d'épuisement professionnel. Dans notre étude comparativement à l'étude nationale de Komly et Letourneur (valeurs entre parenthèse), pour un EE sévère, les hommes sont 10,7 % (vs 17,1 %) et les femmes 20,2 % (vs 15,4 %). Nous avons donc des résultats inverses. Les résultats de la littérature recherchant des associations entre le sexe et la survenue de SEP seraient plutôt contradictoires. Mais il semblerait que les femmes consacrent moins de temps à leur travail probablement car elles auraient une vie extra-professionnelle plus riche (familiale notamment). Elles seraient donc moins sujettes à l'épuisement émotionnel. Ce n'est pas le cas dans notre population d'internes.

Pour les scores de DP élevés, c'est l'inverse avec 39,3 % des hommes et 21,9 % des femmes. Il en est de même dans l'étude nationale avec 44,7 % des hommes et 28,8 % des femmes. Ceci étant peut être du au fait que les hommes préfèrent les activités instrumentalisées et les actes techniques, s'attachant moins à l'humain et donc à la relation d'entraide.

Etude en fonction de l'âge :

Concernant l'âge, dans notre étude il n'y a pas de différence significative quelle que soit la dimension étudiée du syndrome d'épuisement professionnel, (en notant que les IMG ont été regroupés en deux catégories de part et d'autre de la médiane d'âge, soit 26 ans). Chez Komly-Le Tourneur, être âgé de plus de 30 ans représente un facteur de risque de survenue de SEP. 9,5% des IMG de plus de 30 ans ont 3 scores pathologiques versus 6,7% des 26-30 ans et 5,7% des moins de 26 ans. Cependant, leurs résultats étaient non significatifs et leurs effectifs âgés de plus de 30 ans étaient très faibles donc ces résultats ne sont pas extrapolables.

Ici, l'évolution est la même pour l'EE (14% des moins de 26 ans versus 22,9% chez les plus de 26 ans), la DP (24,5% versus 31,4%) et le SEP bidimensionnel (8,7% versus 11,4%). En revanche, la tendance s'inverse pour le SEP complet (8,8% versus 2,8%) mais avec un effectif très faible et non significatif donc peu exploitable. Il s'agit plus d'une tendance.

On ne peut donc pas conclure mais les étudiants réalisant des études longues et avec de multiples formations sont de plus en plus nombreux et passer plus de 10 ans avec le statut d'étudiant et tout ce qui l'implique (rémunération faible, se loger, vie familiale et épanouissement personnel…) peut facilement sembler difficile et source de souffrance personnelle.

Etude en fonction du statut matrimonial :

Selon nos résultats, le statut matrimonial ne semble pas être un facteur de risque de survenue de SEP. Ces résultats sont sans doute liés au fait que les étudiants en couple sont souvent plus stables d'un point de vue personnel, et que les étudiants en médecine sont fréquemment en couple avec des personnes du même milieu professionnel (médical ou paramédical).

Cependant, les études étant longues les étudiants acquièrent leur stabilité matrimoniale plus tardivement que la population moyenne.

Etude en fonction de la validation du stage en CHU :

Dans notre étude, parmi les IMG ayant validé leur CHU, la proportion de ceux ayant un score élevé d'EE et de DP est moins importante que chez les IMG n'ayant pas encore validé ce stage (respectivement 15,2% versus 49,4% et 26,6% versus 32,9%). Ceux ayant validé le CHU sont 5,6% à avoir 3 scores morbides versus 15,4% dans l'autre catégorie.

Le stage CHU à La Réunion semble donc avoir un effet bénéfique et protègerait du SEP. Cependant nos résultats sont ici à la limite de la significativité (p = 0,05) et mériteraient d'être confirmés par une étude avec d'avantage de puissance (manque d'effectif).

C'est l'inverse dans l'étude nationale ; les IMG ayant validé le CHU, ont un score élevé d'EE et de DP dans des proportions légèrement plus importantes (respectivement 17,4% versus 14,3% et 35% versus 32,5%) ; les scores d'AP bas ne varient pas. Ceux ayant validé le CHU sont 7,6% à avoir 3 scores morbides versus 5,4% dans l'autre catégorie.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hôpitaux de La Réunion restent des structures de petite envergure en comparaison avec certains CHU métropolitains. Les relations humaines y sont plus faciles ainsi que le travail et l'intégration des IMG.

En effet, l'île de La Réunion n'est pourvue de CHU que depuis le 1er Janvier 2012. Il sont au nombre de deux : Un à Saint Denis et l'autre à Saint Pierre. Les autres hôpitaux sont des petites structures de l'ordre de 150 lits.

Etude en fonction du choix de l'orientation en médecine générale :

Dans notre étude, il n'y a pas de différence significative entre les IMG ayant choisi la médecine générale par défaut ou délibérément, pour chacune des 3 dimensions du SEP (isolément). En revanche, il existe une différence significative sur le SEP bidimensionnel dans lequel 6,5% des IMG ayant fait ce choix délibérément sont en SEP bidimensionnel alors qu'ils sont 26,7% lorsqu'ils ont fait ce choix pour un autre motif.

Dans l'étude nationale, les IMG s'étant orientés par défaut en médecine générale sont plus nombreux à avoir des scores pathologiques.

Ces résultats peuvent s'expliquer d'une façon simple par laquelle de nombreux IMG n'ont pas satisfaction lors des choix post ECN et se retrouvent à choisir la médecine générale par défaut, alors même que beaucoup d'entre eux ne s'y sont jamais vraiment intéressé. Plus de stages en médecine générale libérale serait une solution simple et efficace pour palier à ce problème.

D'une façon encore plus importante, il existe de vraies différences significatives quand on interroge les IMG sur leur envie de quitter la médecine ou même leur motivation pour refaire une PCEM1 et la survenue de SEP. Dans l'étude nationale sur cette catégorie, ces résultats sont sensiblement identiques et significatifs. Rappelons que 83,3% des IMG en SEP complet ne souhaitent pas refaire de PCEM1.

En effet, les études médicales sont longues et difficiles. A commencer par le concours de PCEM1 où l'espoir de réussir est motivé par la reconnaissance que reçoivent les médecins ou bien le statut social de ces derniers ? Mais il est possible que chez certains internes ces attentes ne correspondent pas à leur réalité actuelle et que ce sentiment participe à l'installation d'un SEP ou au moins à une baisse d'accomplissement personnel.

Etude en fonction de l'année d'internat et du stage en cours :

Concernant l'effet de l'ancienneté de l'interne ou du stage en cours au moment de l'étude, nous ne retrouvons aucune différence significative. Il en est de même pour l'étude de Komly et Le Tourneur. Dans cette dernière, les chiffres de SEP sont peu modifiés par l'année d'internat et de manière non significative.

Cependant, les internes en EE sévère sont 17,65% en première année, 14,71% en deuxième et 20,83% en troisième année. Ceci s'explique probablement par le fait que les internes effectuent préférentiellement leur stage libéral de niveau 1 lors de leur troisième ou quatrième semestre ; stage probablement beaucoup plus proche des attentes de l'interne en terme de formation et dans lequel la charge de travail y est moindre. La baisse d'AP a tendance à s'amender au fil des années : 32,35% en première et deuxième année et 20,83% en troisième année. Le SEP bi- et tridimensionnel évolue de la même façon, à savoir qu'il diminue avec les années. Ceci étant probablement lié avec un sentiment de reconnaissance accrue, l'interne en fin de cursus étant plus proche du médecin qu'il sera que de l'étudiant qu'il est…

En ce qui concerne le type de stage, la tendance se retrouve identique à celle de Komly et Le Tourneur, qui retrouvent un net clivage entre stages ambulatoires (niveau 1 et SASPAS) et stages hospitaliers. Dans notre étude, 75% des IMG en EE sont en stage hospitalier dont 23 % aux urgences. L'évolution est la même pour la DP avec 64% d'IMG hospitaliers, 66,7% pour le SEP bidimensionnel et le SEP complet. A noter que 9% des IMG en stage libéral sont en SEP complet versus 4,7% pour l'étude nationale. Peut être que certains stages libéraux ne comblent pas suffisamment les besoins de formation et d'apprentissage (probablement plus élevé à l'hôpital) ? Est-ce du à un manque de temps du praticien libéral ? A un manque d'investissement de l'interne durant ce stage qu'il sait être moins pénible que les stages hospitaliers ? Manque-t-on de maîtres de stage libéraux ? Faut-il effectuer plus de stages en médecine libérale ?

Etudes en fonction de la charge globale de travail :

Il existe une vraie différence de charge de travail entre les internes en fonction des stages. Ceci n'est plus à expliquer. Mais la charge de travail n'est pas un facteur de risque de SEP dans notre étude, peut être par manque d'effectifs ? Ou bien est-ce que la qualité et l'environnement dans le travail sont plus importants que la quantité ?

Chez les IMG travaillant plus de 50 heures hebdomadaires, 18,9% ont un score d'EE élevé (20,3% en national), 26,4% un DP élevé (38,8% en national). Ils sont également deux fois plus nombreux à présenter un SEP complet en métropole. Ainsi, pour une charge de travail élevée dans les deux populations, il semblerait que les internes réunionnais souffrent moins de SEP.

Si on regarde maintenant le nombre de gardes mensuelles, les IMG réalisant plus de deux gardes mensuelles, sont 18,75% avec un EE élevé, 23,44% avec un DP élevé. Pour l'étude nationale, respectivement, 17,1% avec un EE élevé et 37,9% avec un DP élevé. On retrouve donc la même évolution des valeurs mais toujours avec plus de DP en métropole.

On retrouve la même tendance si l'on étudie le nombre de week-ends libres par mois. Parmi les internes ayant moins de deux week-ends libres mensuels, ils sont 29,6% avec des scores d'EE élevé, 29,6% avec des scores de DP élevé et 14,8% à présenter un SEP complet. Au

niveau national les chiffres suivent la même tendance, (mais avec une accentuation de la prévalence de DP élevé) avec respectivement, 19,8%, 38,9% et 8,6%.

En revanche, à la différence de l'étude nationale où le nombre de semaines de vacances par semestre ne provoque pas de variation, dans notre étude, pour chaque dimension du MBI, la proportion d'IMG avec des scores pathologiques élevés est plus importante chez les IMG ayant plus de semaines de vacances par semestre. Komly et Le Tourneur ont émis l'hypothèse d'un biais d'échantillonnage. On peut également se demander si les internes « fatigués », « épuisés » ne solliciteraient pas plus de conges ?

Etudes en fonction de la consommation de toxiques :

Comme nous l'avons constaté dans le précédent chapitre, certains usages de toxiques semblent être des facteurs de risque de SEP. Il s'agit de la consommation d'alcool pour la dimension EE, pour le SEP bidimensionnel et le SEP complet. De même, pour la consommation d'hypnotique ou d'anxiolytique et l'EE.

Nous ne retrouvons pas de résultats comparables dans l'étude nationale à ce sujet.

Dans l'étude de Guinaud en 2006 (69), aucun lien significatif n'a été retrouvé entre l'alcool et le SEP mais la consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques était significativement identifiée comme facteur de risque.

Enfin, dans le travail de Thevenet en 2011 (74), on retrouve une tendance concernant la consommation d'alcool et l'EE, par contre, la consommation de psychotropes représente un vrai facteur de risque d'EE, de DP ainsi que de SEP complet.

La consommation d'alcool chez les internes serait-elle plus élevée à La Réunion qu'en métropole ?

Etudes en fonction de la santé mentale :

Dans notre étude, il existe aussi un lien significatif entre le SEP (bi- et tridimensionnel) et la consommation d'antidépresseurs, ainsi qu'entre des scores d'EE élevé et le fait d'avoir déjà consulté un psychologue ou un psychiatre.

Le fait d'avoir déjà eu ou d'avoir des idées suicidaires est un facteur de risque important pour chaque dimension du MBI et pour la survenue de SEP bi- et tridimensionnel. Seuls les antécédents de tentative d'autolyse ne représentent pas un facteur de risque selon nos résultats.

Dans l'étude de Komly et Le Tourneur, les IMG ayant déjà consulté un psychiatre ont des scores de SEP plus élevé. Il en est de même dans notre étude. Le fait que les IMG pensent avoir eu besoin d'un psychiatre mais ne pas l'avoir consulté représente dans les deux études un facteur de risque de SEP. Ainsi, l'évaluation subjective de sa souffrance par l'interne et le fait de chercher de l'aide ou d'avoir conscience d'en avoir besoin serait un facteur de risque de SEP.

Dans l'étude nationale les idées suicidaires représentent un facteur de risque de SEP ainsi que les tentatives d'autolyse, à la différence de notre étude. Il est possible que cela soit le fait d'un manque de puissance dans notre travail.

Etudes en fonction de la souffrance au travail :

Les IMG craignant de faire des erreurs de prise en charge ou des erreurs médicales au sens large sont plus fréquemment atteint de SEP et il en est de même au niveau national. Cependant, pour les deux études sur ces paramètres là, aucun résultat n'est significatif.

La médecine, en plus d'être devenue basée sur des preuves («evidence based medecine»), reste une science dans laquelle la pratique fondamentale, se transmet de proche en proche par l'intermédiaire des médecins séniors qui nous encadrent au sein de nos stages hospitaliers.

Dans notre étude comme au niveau national, les IMG constatant fréquemment un épuisement de la part de leurs séniors sont plus souvent atteint par le SEP. Il serait intéressant de se demander dans quelle proportion l'épuisement des médecins séniors influe les internes. Tous comme l'enseignement médical que nous recevons de nos ainés, existe-t-il un mimétisme de l'épuisement professionnel ?

Sans surprise et de façon significative, dans notre étude comme au niveau national, les IMG se sentant menacés par le SEP sont bien plus nombreux à en souffrir. Au vu de ces résultats, tout l'intérêt consiste à identifier précocement cette population à risque pour éviter qu'elle ne présente un SEP complet, par l'intermédiaire de consultation médicale dédiée ou lors de groupes de paroles ou de groupes de pairs entre internes afin de proposer un suivi adapté.

Un interne en souffrance sait qu'il va mal. Mais l'accepter et en parler semble être tabou et ne pas être « autorisé », cela n'est pas « une option acceptable ».

Il existe donc une bonne évaluation subjective de cette souffrance. Mais pourquoi, alors même que les internes connaissent les prises en charge du SEP, ne s'orientent-ils pas vers un confrère afin de débuter une prise en charge ? Est-ce par honte ? Par peur de sentiment d'échec ou du regard des autres ? Par difficulté de trouver un confrère adéquat ? Ou simplement par manque de temps ?

Etudes en fonction de l'accompagnement des IMG et de leur sensation de reconnaissance :

Dans l'étude nationale, les IMG qui se sentent incorrectement accompagnés dans leur formation sont plus nombreux à souffrir de SEP, il en est de même dans notre étude où un lien de significativité est mis en évidence avec l'EE. On retrouve un lien de significativité entre l'AP et la reconnaissance dans les deux études.

On peut donc se poser la question d'un lien entre SEP et confiance en soi. Le SEP entrainerait-il une diminution de la confiance en soi ou le manque de confiance en soi serait-il à un facteur associé au risque de développer un SEP ?

Il a été mis en évidence que les IMG se sentant reconnus par l'équipe soignante, les médecins et les patients sont en proportion moins nombreux à présenter un épuisement professionnel. Dans les professions médicales et d'aide à la personne la reconnaissance semble donc être un moteur et une source d'épanouissement personnel.

Etudes en fonction de la satisfaction globale des IMG :

En terme de satisfaction globale concernant l'internat, un lien de significativité est mis en évidence sur l'ensemble des dimensions de SEP à l'exception de la dépersonnalisation. La satisfaction globale de l'internat semble donc être un facteur protecteur.

Dans le travail de Dutartre en 2013 (88), on retrouve la mesure de la satisfaction globale par la même méthode (EVA) sur une population d'IMG réunionnais de 2004 à 2008. La moyenne était de 7,9 pour Dutartre et de 6,9 dans notre étude. Nous ne pouvons conclure

statistiquement sur ces résultats, mais il serait intéressant de chercher les facteurs associés à cette baisse de satisfaction globale, alors que l'ensemble du corps enseignant n'a de cesse d'améliorer la qualité de l'internat et les conditions de travail des internes de l'Océan Indien. De plus, les internes étant de plus en plus nombreux au fil des années, la charge de travail devrait décroitre, le nombre de garde également et la satisfaction globale augmenter.

Etudes en fonction des spécificités réunionnaises et de la qualité de vie locale :

L'internat de la subdivision océan indien est bien différent d'un internat réalisé en métropole. On y retrouve des différences inhérentes au cadre de vie (vie insulaire, climat, localisation géographique…), à la population locale (histoire, culture, langage, religion…), au mode de vie (journées plus courtes toute l'année, éloignement familial ou rapprochement pour certains, habitat en colocation la plupart du temps, alimentation…).

Nous avons voulu étudier certains paramètres et ainsi savoir s'ils représentaient des facteurs de risque ou de protection de SEP.

Le choix de cette subdivision pour 2/3 de la population des internes interrogés s'est fait pour le cadre de vie, avoir une nouvelle vie ou pour découvrir des terres inconnues. 23% sont d'origine réunionnaise et ont choisi de retourner chez eux pour réaliser leur internat. Environ 15% par choix professionnel : projet, travailler hors CHU métropolitain. Et 9% pour rapprochement de conjoint.

Si on compare nos résultats avec le travail de Dutartre de 2013 (88), sur le devenir de la population d'IMG ayant réalisé leur internat à la Réunion, on retrouve la même distribution dans le choix de la subdivision océan indien : la découverte, la nouvelle vie et le cadre de vie, puis le projet professionnel. Cependant, au moment de son travail, entre 2004 et 2008, le nombre d'IMG d'origine réunionnaise était très faible et représentait seulement 3 %. A noter que dans son étude aucun IMG ne choisissait cette subdivision pour la sur-rémunération, alors que dans notre étude, 14% des IMG ont fait ce choix.

Temps consacré à l'entourage et aux loisirs :

En ce qui concerne le temps libre des internes (consacré à la famille et aux loisirs), il s'agit d'un facteur essentiel de différence entre les IMG métropolitains et ceux de l'océan indien.

En effet, 45,2% des IMG estiment ne pas consacrer suffisamment de temps à leur famille. Ils sont 52,7% en métropole. Ces résultats sont discordants et probablement liés au fait que malgré un éloignement moindre, les IMG de métropole ne disposent pas suffisamment de temps libre. De même, beaucoup d'internes métropolitains quittent la ville dans laquelle ils ont effectué leur internat et se retrouvent quelquefois tout aussi éloignés de leurs racines que les internes de l'océan indien.

En ce qui concerne le SEP, notre étude ne retrouve pas de lien significatif entre le risque de SEP et le temps consacré à l'entourage. En revanche, l'étude nationale démontre que ce paramètre est un facteur protecteur de survenue de SEP.

Le nombre de trajet entre la métropole et la Réunion ne constitue pas non plus un lien significatif dans la survenue de SEP.

Pour le temps consacré aux loisirs, on ne retrouve pas de lien de significativité. On aurait pu penser que le fait de pouvoir profiter des multiples activités qu'offre La Réunion serait plutôt protecteur, mais ce n'est pas le cas.

Intégration à la population locale :

Les IMG qui ne se sentent pas correctement intégrés à la population locale souffrent plus de SEP. Il s'agit d'un facteur de risque évident qui est significatif dans toutes les dimensions du SEP pris isolément ainsi que pour le SEP complet. Il s'explique assez simplement car le métier de médecin, comme tous les métiers en relation avec l'humain et l'entraide, est un métier de contact et toutes difficultés avec la population aidée est une source d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et un frein à l'accomplissement personnel.

A noter cependant que de nombreux internes ont des difficultés de compréhension des patients, dont certains ne parlent que créole, et que ce paramètre pourrait influer sur la survenue de syndrome d'épuisement professionnel. Ainsi, ne serait-il pas intéressant d'enseigner quelques rudiments de la langue créole en début d'internat afin de prévenir indirectement le syndrome d'épuisement professionnel ?

Mode de vie :

60,2 % des IMG de la Réunion vivent en colocation, ce qui est probablement supérieur à la moyenne nationale. Cela ne constitue cependant pas un facteur de risque de survenue de SEP (ni un facteur de protection, c'est indépendant).

Qualité de vie :

La qualité de vie locale est probablement supérieure à la moyenne. C'est en tout cas le postulat duquel nous sommes partis, en nous basant sur notre propre expérience et de ce qui avait été exprimé de manière spontanée par nos collègues. Nous avons mesuré cette qualité de vie à l'aide de deux outils. Nous avons fait le choix de deux échelles simples et rapides à utiliser afin d'augmenter la validité des résultats.

Nous avons vu précédemment que la qualité de vie représente un facteur de risque de SEP si elle est inférieure à la moyenne pour l'EE, l'AP et le SEP complet.

Nous ne disposons pas de données similaires chez les IMG métropolitains, afin de pouvoir comparer ces données.

Si ces données étaient confirmées, nous disposerions ici d'un indicateur simple permettant d'évaluer une population à risque, et il serait intéressant de proposer un dépistage systématique pour les populations d'internes par un questionnaire simple et rapide. Cela permettrait de débuter rapidement une prise en charge adaptée des patients à risque.

Propositions de mesures de prévention du syndrome d'épuisement professionnel :

Au vu des résultats discutés ci-dessus, nous pouvons proposer des mesures de prévention du syndrome d'épuisement professionnel afin d'envisager une baisse de la prévalence de ce dernier au sein des internes de médecine générale.

Ainsi, nous savons que l'éloignement familial est associé à une augmentation de prévalence du SEP. Les internes, lors des choix de poste d'internat qui suivent les ECN, se concentrent principalement sur la spécialité à choisir et beaucoup moins sur le lieu d'affectation. Il paraît donc nécessaire de sensibiliser les internes sur l'importance de ce choix et sur les

conséquences d'un éloignement trop important, en particulier chez les internes effectuant leur internat dans les DOM.

De même, on retrouve dans certaines régions et en particulier à La Réunion des cultures locales et pour certaines, des langages propres. Il serait intéressant de proposer en début d'internat des notions de culture locale et un apprentissage du langage local (pouvant mettre en péril la relation médecin-malade s'il n'est pas connu), comme le créole à La Réunion.

Concernant la charge de travail, les internes sont principalement préoccupés par le nombre d'heures hebdomadaires ou le nombre de gardes effectuées ayant abouti à des mesures nécessaires mais non suffisantes telles que la limitation du nombre d'heures hebdomadaires, le repos de sécurité obligatoire, etc. … Mais comme nous l'avons vu précédemment l'aspect qualitatif du travail devrait également être évalué afin de pouvoir proposer des adaptations de poste et probablement rendre le travail plus adapté aux internes. Il pourrait être envisagé de créer des « binômes interne-médecin sénior », afin qu'en cas de difficultés au cours de l'internat l'interne puisse trouver des solutions auprès d'une personne ressource. Ce concept est d'autant plus facilement applicable à La Réunion où les effectifs d'internes sont faibles. De la même façon, des évaluations de mi-stage devraient systématiquement être proposées afin de détecter au plus tôt les internes en difficulté.

Il nous semble également intéressant de proposer aux internes une évaluation régulière de la qualité de vie afin de pouvoir détecter les personnes en souffrance dans leur travail et ainsi leur proposer une évaluation plus précise de leur état par le médecin du travail à l'aide du MBI. Il serait cependant nécessaire de disposer d'une étude plus large étudiant la qualité de vie des internes en médecine générale, par exemple dans l'ensemble de la population métropolitaine, et ainsi valider nos hypothèses de façon pérenne.

La promotion de la qualité de vie et des campagnes d'information sur la souffrance au travail et sur le syndrome d'épuisement professionnel doivent être mise en place. Un numéro d'urgence anonyme pourrait être mis à disposition des internes en cas de besoin, comme cela est déjà le cas pour les médecins généralistes.

De même, le SEP devrait être mieux enseigné aux étudiants de deuxième cycle des études médicales afin de sensibiliser cette population particulièrement à risque.

Il nous semble également nécessaire d'envisager des passerelles avec d'autres formations théoriques ou professionnelles afin que les internes qui ne souhaitent pas poursuivre leurs études médicales ne se sentent pas en échec et puissent entrevoir des solutions aboutissant à des ouvertures professionnelles claires. Cela pourrait peut-être éviter certains drames, comme récemment le suicide ou les tentatives d'autolyse de certains étudiants, qui en échec ne percevaient aucune autre issu à leurs problèmes et à leurs souffrances.

Enfin, il semble évident, et pour bien des raisons, de promouvoir la médecine générale le plus tôt possible lors des études médicales et de façons aussi variées qu'il existe de médecines générales : urbaine, rurale, de groupe, en association… afin d'éviter le choix par défaut de cette spécialité qui reste malgré tout un des plus beaux métiers du monde.

Limites et biais de l'étude :

Biais d'échantillonnage :

Le principal biais est l'absence des internes en disponibilité. En effet, ces internes ne sont pas présents à la formation théorique lors de leur disponibilité. On peut se poser ainsi la question de savoir si les raisons de leur mise en disponibilité ne sont pas en lien avec un syndrome d'épuisement professionnel ? Nous ne disposons actuellement d'aucune donnée sur cette population.

Nous avons choisi de ne pas adresser de questionnaire aux internes en poste à Mayotte, par mesure de simplicité et pour respecter notre méthodologie : Il était impossible de nous déplacer à Mayotte pour faire remplir à quelques internes le questionnaire. En sachant que les enseignements théoriques sont visio-retransmis par les enseignants lors des séances à La Réunion. L'alternative du questionnaire par mail ne nous a pas semblé intéressante d'un point de vue méthodologique car il aurait induit un biais supplémentaire de mesure.

Enfin, les résultats sont pour la plupart des tendances. Ceci est essentiellement du à la faiblesse de l'échantillon.

Biais de sélection :

Les enseignements théoriques de médecine générale sont des formalités obligatoires pour les internes. En revanche, un taux d'absentéisme justifié (de 25%) est toléré par l'université. Ainsi, les internes en vacances lors des recueils de données n'étaient pas présents. De même, certains internes sont moins assidus à ces enseignements, et il paraît légitime de savoir si cette absence pourrait s'assimiler à un symptôme d'épuisement professionnel ? Ou au contraire ?

Biais d'investigation :

De plus, le fait de faire remplir les questionnaires lors des enseignements manquait considérablement de confidentialité, les internes étant tous dans une même salle. En effet, la promiscuité entre chaque interne permet de penser que certains ont minimisé leurs réponses, notamment à des questions qui peuvent paraître tabou comme les antécédents suicidaires, la consommation de drogues ou d'hypnotiques…

Les questionnaires étaient distribués lors des séances d'enseignements qui pour beaucoup d'internes sont vécus négativement, ce qui peut influencer leur humeur et ainsi fausser le recueil des données.

Biais lié au MBI :

Le questionnaire distribué comportait le MBI de Malslach et Jackson (10). La version française est validée mais sa traduction fut réalisée par un canadien (86) et on retrouve certains termes quelques peu différents tel que la question n°18 « *Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades* » peut être mal interprétée par les internes, et ainsi sous estimer l'accomplissement personnel.

Nous avons choisi, dans notre questionnaire, de positionner le MBI à la fin. Cela était peut être une erreur car au vu de la longueur totale du questionnaire, cela a pu induire un biais de matériel. La concentration n'est probablement plus aussi importante au début qu'à la fin du questionnaire.

L'autre critique que nous pouvons relever concernant le MBI est la polémique qui anime la société scientifique, quant au nombre de dimensions caractérisant le SEP. Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreux auteurs pensent que le noyau du syndrome est représenté par l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ; et que l'accomplissement

personnel ne serait qu'une donnée secondaire ou un trait de personnalité, et de ce fait, ne représenterait pas une dimension du syndrome d'épuisement professionnel (87,88).

Lourel a réalisé une méta-analyse en 2007 qui va dans le sens des auteurs proposant un modèle à deux dimensions : il a en effet démontré une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais une hétérogénéité des résultats dans les études concernant les liens de corrélation entre accomplissement personnel et les autres dimensions, valide son hypothèse que l'accomplissement personnel n'est pas corrélé à l'une des deux autres dimensions (88).

Biais d'analyse :

Un questionnaire n'a pas été analysé du fait qu'il avait été rempli par un interne en stage « hors subdivision ». De même, un questionnaire mal complété a été exclu. Il s'agit de biais d'attrition.

Les internes de La Réunion ne sont donc pas moins sensibles au syndrome d'épuisement professionnel que leurs homologues métropolitains. Nous avons pu le démontrer tout au long de ce travail original chez une population évoluant dans un cadre de vie bien différent de celui de la plupart des internes : La Réunion. Certaines de ces spécificités en font d'ailleurs des facteurs de risque tels que la mauvaise intégration à la population locale ou bien l'éloignement familial.

D'autres facteurs de risque de syndrome d'épuisement professionnel sont communs entre les deux populations : Il s'agit de la consommation d'antidépresseurs, un sentiment de souffrance au travail avec une recherche active d'aide (consultation psychiatrique par exemple) et la présence d'idées suicidaires récentes. De même, les manques de reconnaissance ou d'accompagnement des internes par leurs pairs sont des facteurs de risque communs.

Le sentiment de menace par le syndrome d'épuisement professionnel est sans doute un des facteurs de risque les plus intéressant à étudier car, au vu des résultats, l'étude de ce paramètre permettrait un dépistage systématique de la population d'internes voir de médecins ou plus largement des professionnels de l'entraide.

En ce qui concerne les critères secondaires, nous avons vu précédemment que la qualité de vie représente un facteur de risque de SEP si elle est inférieure à la moyenne pour l'EE, l'AP et le SEP complet.

Des études complémentaires à ce sujet et dans d'autres départements d'outre mer sont nécessaires afin de valider nos résultats, d'en préciser les spécificités ultra-marines et ainsi de pouvoir organiser un dépistage du syndrome d'épuisement professionnel au sein des population d'internes d'outre mer et pourquoi pas envisager une prévention et une prise en charge de ce syndrome.

Conclusion :

Depuis de nombreuses années les études sur le syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine se multiplient, aboutissant toutes à des résultats inquiétants quant à la prévalence de ce syndrome.

Nous avons pu montrer, dans notre étude, que les internes en médecine générale de la subdivision océan indien ne sont pas épargnés par ce phénomène et que la prévalence de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation et du syndrome d'épuisement professionnel complet est similaire voire supérieure à celle retrouvée dans une population d'internes de médecine générale métropolitains.

Nous avons pu également mettre en évidence des facteurs associés au burnout de façon significative. Il s'agit essentiellement de la sensation de se sentir menacé par le syndrome d'épuisement professionnel, sorte d'insight qu'il serait intéressant de mesurer afin de pouvoir identifier les sujets à risque. Mais également d'envisager de quitter les études de médecine, ainsi que la consommation de substances addictives telles que l'alcool, les psychotropes ou bien encore les antidépresseurs, ou le manque de reconnaissance de la part de ses pairs. Le fait de ne pas se sentir correctement intégré à la population réunionnaise est un facteur de risque supplémentaire dans le contexte spécifique d'un internat ultramarin.

Enfin, nous avons pu montrer que le syndrome d'épuisement professionnel semblait corrélé à la qualité de vie et ainsi son évaluation régulière de manière très simple, ouvrirait une porte au repérage indirect du syndrome d'épuisement professionnel dans cette population particulière (qui ne consulte pas malgré une capacité à identifier leur besoin de soins). Repérer cette population potentiellement en souffrance serait une façon d'identifier et de s'attaquer aux freins d'une prise en charge.

Enfin, il serait intéressant de proposer des mesures de prévention concrètes afin de pouvoir dépister les internes en souffrance voire même l'ensemble des patients à risque de syndrome d'épuisement professionnel. Une évaluation régulière de la qualité de vie serait

probablement un bon moyen de dépister de façon simple et rapide toutes personnes à risque de syndrome d'épuisement professionnel si de nouvelles études viennent corroborer nos résultats.

Ce syndrome n'est pas l'apanage des internes mais d'un ensemble de professionnels tournés vers l'humain et l'entraide. Le médecin généraliste est une clef de voute dans le dépistage et l'information du syndrome d'épuisement professionnel auprès des patients. Il s'agit là d'un réel enjeu de santé publique, à la fois pour les patients mais aussi pour les médecins. Qu'adviendrait-il d'une société dans laquelle bon nombre de ses médecins seraient malades car épuisés professionnellement ?

Le 16 février 2016, l'Académies de Médecine a remis un rapport (89) au gouvernement suite au refus par l'Assemblée nationale, d'adopter un projet de loi qui proposait, en autre, de reconnaître le syndrome d'épuisement professionnel comme maladie professionnel. Cependant, ce rapport préconise avant tout de « *préciser la définition de ce syndrome »*, afin notamment de définir une meilleure prévention et une prise en charge médicale unifiée. C'est donc dans ce sens que doivent maintenant s'orienter de nouvelles études afin que les communautés scientifiques et médicales puissent un jour prévenir au mieux ce syndrome et le prendre en charge efficacement.

Bibliographie :

1. Loth W. Das Kaiserreich. Obrigkeitsstaat und politische Mobilisierung, München, Taschenbuch-Verlag. 1996 ; 68-72.
2. Tissot S. De la santé des gens de lettre. Ayssènes : Alexitère. 1991.
3. Selye H. The stress of life, New York, McGraw-Hill. 1956.
4. Veil C. Primum non nocere. Les états d'épuisement. Le Concours Médical. 1959.
5. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel : « la brûlure interne ». Chicoutimi, Québec: Gaëtan Morin; 1998. 190 p.
6. Maslach C. Burned out. Human Behavior. 1976; 5:16-22.
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour. 1981; 2: 99-113.
8. Cherniss C. Staff Burnout. Job Stress in the Human Services. Beverly Hills CA : Sage, 1980.
9. Pines AM, Aranson E, Kafry D. Le burn out: comment ne pas se vider dans la vie et au travail. Montréal : Edition Le jour, 1982.
10. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory: manual edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
11. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. Stress and Coping 1996; 9: 229-43.
12. Farber BA. Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. JCLP/In Session : Psychotherapy in Pratice. 2000 ; 56 :675-689.
13. Du serment d'Hippocrate au serment médical | Droit-medical.com [Internet]. [cité 10 nov 2015]. Disponible sur: http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/57-serment-hippocrate-serment-medical
14. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne, Université de Reims, département de psychologie, 2003.
15. Anders RL, Kanai-Pak M. Karoshi: death from overwork--a nursing problem in Japan? Nurs Health Care Off Publ Natl Leag Nurs. avr 1992;13(4):186-91.
16. Brenner E. Fighting the John Wayne Syndrome. The New York Times [Internet]. 17 nov 1991 [cité 10 nov 2015]; Disponible sur: http://www.nytimes.com/1991/11/17/nyregion/fighting-the-john-wayne-syndrome.html
17. Canouï P, Mauranges A, Florentin A. Le burn-out à l'hôpital: Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4e éd. Elsevier Masson; 2011. 257 p.
18. Kitaoka-Higashiguchi K, Nakagawa H, Morikawa Y, Ishizaki M, Miura K, Naruse Y, et al. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. Stress Health. 1 déc

2004;20(5):255-60.

19. Le Burnout chez les médecins urgentistes [Internet]. e Formation en médecine d'urgence [cité 10 nov 2015]. Disponible sur: http://www.efurgences.net/index.php/se-documenter/biblio/144-burnout

20. Schaufeli WB., Bakker AB., Hoogduin K. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. Psychology and Health, 2001, 16, p. 565-582.

21. Desjours C. Psychopathologie du Travail.1982. 206 p.

22. Alderson M. La psychodynamique du travail et le paradigme du stress: une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. Santé mentale au Québec, 2004, 29, 1, 15 p.

23. Andlauer O, Hanon C. Le burnout chez les Internes en Psychiatrie français. Thèse. 2009.

24. Schaufeli WB, Buunk BP. Professional burnout. In: Schabracq MJ, Winnibust JAM, Cooper CL, editors. Handbook of Work and Health Psychology. Londres: Wiley, 1996. p311-346.

25. Cooper CL, Dewe PJ, O'Driscoll MP. Organizational Stress. A review and Critique of Theory, Research, and Applications, Thousand Oaks, California, Sage Publications, 2001.

26. Folkman S., Lazarus RS. Coping as a Mediator of Emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 1988, 54, 3, p. 466-475.

27. Lazarus RS. Progress on a Cognitive-Motivational-Relational Theory of Emotion. American Psychologist, 1991, 46, 8, p. 819-834.

28. Hobfoll SE. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. American Psychologist, 1989, 44, 3, p. 513-524.

29. Ahola K., Honkonen T., Isometsä E. The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. Journal of Affective Disorders, 2005, 88, 1 p. 55-62.

30. McKinley RK., Middleton JF. What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. British Journal of General Practice, 1999, 49, p. 796-800.

31. Maslach C. Burned-out. The canadian journal of psychiatric nursing, 1979 nov-dec, 20, 6, p. 5-9.

32. Senand R., Le Mauff P., Goronflot L. Comment la diminution de l'offre de soins peut-elle modifier l'exercice de la medecine générale ? La revue du praticien-médecine générale, 2004, 18, 660/661, p. 929-932.

33. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. Journal of social issues, 1974, 30, 1, p. 159-165.

34. McKnight JD., Glass DC. Perceptions of Control, Burnout, and Depressive Symptomatology: A Replication and Extension. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995, 63, 3, p. 490-494.

35. Galam E. Dédramatiser et travailler nos erreurs. La revue du praticien-médecine générale, 2005, 19, 686/687, p. 377-380.

36. Brotheridge CM., Lee RT. Testing a Conservation of Resources Model of the Dynamics

of Emotional Labor. Journal of Occupational Health Psychology, 2002, 7, 1, p. 57- 67.
37. Delbrouck M. Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. 1e éd. Bruxelles : De boeck, 2003, 280 p.
38. Semal R. Perspectives sociologiques et professionnelles. Etude auprès des étudiants de 3 e cycle de médecine générale à l'université de Lille 2. La revue du praticien-médecine générale, 2005, 19, 688/689, p. 462-464.
39. Deelstra JT., Peeters M., Schaufeli WB. Receiving Instrumental Support at Work: When Help Is Not Welcome. Journal of Applied Psychology, 2003, 88, 2, p. 324-331.
40. Wild B., Erb M., Bartels M. Are emotions contagious? Evoked emotions while viewing emotionally expressive faces: quality, quantity, time course and gender differences. Psychiatry Research, 2001, 102, 2, p. 109-124.
41. Bakker AB., Le Blanc PM., Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. Journal of Advanced Nursing, 2005, 51, 3, p. 276-287.
42. McCrae RR, Costa PT. A five-factor theory of personality. In: L.A Pervin LA, John OP, editors. Handbook of Personality: Theory and Research. New York: Guilford, 1999. p139-153.
43. Greenglass ER. The contribution of social support to coping strategies. Applied Psychology: An International review. 1993; 42: 323-340.
44. Truchot D. Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod, 2004, 265 p.
45. Houkes I., Janssen P. De Jonge J. Personality, Work Characteristics, and Employee Well-Being: A Longitudinal Analysis of Additive and Moderationg Effects. Journal of Occupational Health Psychology, 2003, 8, 1, p. 20-38.
46. Soulard A. Le burn out des médecins généralistes français. Mémoire d'analyse bibliographique - ERG 150. Conservatoire national des arts et métiers. 2010-2011. http://fmc31200.free.fr/bibliotheque/burn_out_MG_Aurelie_Soulard.pdf.
47. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. J Pers Soc Psychol. janv 1979;37(1):1-11.
48. Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. Psychological Monographs, 80, Whole No. 609.
49. Bandura, A. (1977). « Self-efficaity : toward a unifying theory of behaviouralchange », Psychological Review, 84, 191-215.
50. Bandura A., Wood R. Effect of Perceived Controllability and Performance Standards on Self-Regulation of Complex Decision Making. Journal of Personality and Social Psychology, 1989, 56, 5, p. 805-814.
51. Leblanc AJ., Driscoll AK., Pearlin LI. Religiosity and the expansion of caregiver stress. Aging & Mental Health, 2004, 8, 5, p. 410-421.
52. Chernis, C. (1980). Professional Burnout in the Human Service Organizations. New York: Praeger.
53. McManus IC., Keeling A., Paice E. Stress, burnout and doctor's attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical

graduates. BMC Medicine, 2004, 2, 29, p. 1741-1770.
54. Robert J. Garceran N. Evaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. Exercer 2010 ; 90 : 10-4.
55. Martel P. Analyse des facteurs favorisants du burn out des internes à travers l'écriture d'un roman/témoignage visant à vulgariser et prévenir le phénomène. Th : Med : Bordeaux ; 2011 [Internet]. Burn out : premier roman. [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: https://burnoutlelivre.wordpress.com/la-these/
56. Feraudet L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux : Mérule psychologique.- 165p.Th : Med : Bordeaux : 2009 ; n°19. Directeur Lakdja F.
57. Ernst M. Le syndrome de Burnout des internes en médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. Th : Med : Université de Strasbourg ; 2009.
58. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychological Bulletin. 2006;132(3):327Ŕ53.
59. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. J Psychosom Res. 1999 juin;46(6):591Ŕ8.
60. Cursoux P. Le syndrome du burnout: un « vrai » facteur de risque cardiovasculaire [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
61. Galam É. Burn out des médecins libéraux - 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. Médecine. 1 janv 2008;4(1):43-6.
62. Galam E, Mouriès R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. URML IDF/ Commission prévention et santé publique; 2007.
63. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse Méd]. Poitiers: Poitiers Univ; 2004.
64. Truchot D. Enquête Bulletin Ressources No 1. URML Bourgogne Janvier 2002.
65. Mounier P. Le burn out des médecins libéraux en Limousin. URML; 2010.
66. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008 août;25(4):245Ŕ65.
67. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. 1998 avr;73(4):403Ŕ7.
68. Rivoire B, Colombat P, Perrier M. Fréquence et étiologies du syndrome de burn-out chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. Med Palliat. 2003;2(6):302-6.
69. Guinaud M, Evaluation du burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Th : Med : Université de Paris XII : 2006.
70. Pittaco M. Les internes sont-ils en burnout? 2009.
71. Barbarin B(1981-). Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale : enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008 [Thèse d'exercice]. S.l.]]: s.n.]; 2009. 26 p.

72. Cauchard L. De L'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon. Th : Med : Montpellier. 2009.
73. Antoine Le Tourneur, Val´eriane Komly. Burn out des internes en m´edecine g´en´erale : ´etat des lieux et perspectives en France m´etropolitaine. Human health and pathology. 2011.
74. Thévenet M, Tirmarche D, Université Pierre et Marie Curie (Paris), UFR de médecine Pierre et Marie Curie. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-de-France et le Languedoc-Roussillon. [[S.l.]]: [s.n.]; 2011.
75. Moinet H, Boyer L, Université de Caen, Université de Caen, UFR de médecine. Epuisement professionnel des internes en médecine prévalence et facteurs associés. [[S.l.]]: [s.n.]; 2012.
76. Dast J, Badoul A, Université de Rennes 1, Université européenne de Bretagne. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out chez les internes de médecine générale rennais en 2012. [[S.l.]]: [s.n.]; 2013.
77. Quesnot A, Kowalski V, Grujard P, Université de Caen, Université de Caen, UFR de médecine. Epidémiologie du burnout quels sont les facteurs professionnels liés au burnout chez les internes de médecine générale de Caen ? [[S.l.]]: [s.n.]; 2013.
78. Binet M, Petitprez B, Université de Picardie. Evènements de la vie personnelle et épuisement professionnel des internes de médecine générale picards étude transversale descriptive à la faculté de médecine d'Amiens. [[S.l.]]: [s.n.]; 2014.
79. Lieurade C, Phillips J, Université Paul Sabatier (Toulouse), Université Paul Sabatier (Toulouse), Faculté des sciences médicales Rangueil. Connaissance des moyens de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale: enquête chez les internes toulousains. Toulouse: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014.
80. Maloudi J, Clervoy P, Simon P-Y, Aix-Marseille Université, Aix-Marseille Université, Faculté de Médecine (2012-). Le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes militaires de médecine générale de la promotion « ECN 2011 et reliquats ». [[S.l.]]: [s.n.]; 2014.
81. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Ann Intern Med. 2 sept 2008;149(5):334-41.

82. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Acad Med J Assoc Am Med Coll. mars 2014;89(3):443-51.

83. Jovanović N, Podlesek A, Volpe U, Barrett E, Ferrari S, Rojnic Kuzman M, et al. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. févr 2016;32:34-41.

84. Patrick D.L. etErickson P.A.:Assessing Health-related Quality of Life for clinical decision making, Quality of Life: Assessment and Application. Walker & Rosser edit, MIP Press, London, 1987.
85. WHOQOL Groupement Studdy prolocol for quality of life. World Health Organization.

Quality of life research 1993; 2(2): 153-159.
86. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. Rev Can Sci Comport. 1994 ; 26 : 210-27.
87. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training : three years prospective questionnaire and interview-based study. BMC Med Educ. 2007 ; 12 : 6-7.
88. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. L'Encéphale. déc 2007;33(6):947-53.
89. Olie Jean-Pierre, Légeron Patrick. Le Burnout. Académie nationale de médecine. Rapport, du 16 février 2016. Disponible sur http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100489.

Annexes :

Annexe n°1 : Questionnaire WHOQOL-BREF 5 selon l'OMS.

QUESTIONNAIRE OMS SUR LE BIEN-ETRE

Veuillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines. Notez que le chiffre est proportionnel au bien-être.

Au cours des deux dernières semaines :

Je me suis senti bien et de bonne humeur :
0. Jamais
1. De temps en temps
2. Moins de la moitié du temps
3. La moitié du temps
4. La plupart du temps
5. Tout le temps

Je me suis senti calme et tranquille :
0. Jamais
1. De temps en temps
2. Moins de la moitié du temps
3. La moitié du temps
4. La plupart du temps
5. Tout le temps

Je me suis senti plein d'énergie et vigoureux :
0. Jamais
1. De temps en temps
2. Moins de la moitié du temps
3. La moitié du temps
4. La plupart du temps
5. Tout le temps

Je me suis réveillé en me sentant frais et disposé :
0. Jamais
1. De temps en temps
2. Moins de la moitié du temps
3. La moitié du temps
4. La plupart du temps
5. Tout le temps

Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes :
0. Jamais
1. De temps en temps
2. Moins de la moitié du temps
3. La moitié du temps
4. La plupart du temps
5. Tout le temps

Total: Pourcentage:

Référence: WHO-5 © Psychiatric Research UNIT, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

Annexe n°2 : Note d'information et formulaire de consentement.

Note d'information

Burnout Syndrome et qualité de vie des Internes de Médecine Générale de l'Océan Indien en 2015.

Chers internes, Chers collègues,

Le syndrome d'épuisement émotionnel ou Burnout est reconnu depuis peu chez nos aînés médecins généralistes. Il semble étendu et menaçant; des mesures de prévention et de prise en charge se mettent en place. Mais actuellement aucune étude n'a encore été réalisée dans les territoires d'outre mer.

Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui a pour but d'évaluer le degré de Burnout des internes en médecine générale actuellement en poste dans l'océan indien afin de pouvoir le comparer à celui des internes en France métropolitaine. De plus, j'ai également souhaité évaluer la qualité de vie au sein de cette population, afin de savoir si les caractéristiques exceptionnelles de notre internat représentent des facteurs protecteurs ou aggravant l'épuisement professionnel.

Pour cela vous trouverez ci-joint, un questionnaire comprenant des données démographiques, le questionnaire MBI (Maslach burnout inventory) ainsi que le questionnaire WHO5 relatif à l'étude de la qualité de vie. Sa durée de passation est évaluée à 5 à 7 minutes.

Les données recueillies sont strictement anonymes et confidentielles.
La participation à cette étude est facultative et non-obligatoire.

Le traitement des données et la publication des résultats de cette étude se fera en respectant l'anonymat et la confidentialité.

Je me tiens à votre disposition pour répondre à toute question se rapportant à ce travail.

D'avance je vous remercie de votre collaboration.

Romain BERGONNIER
Interne de Médecine Générale OI

Formulaire de Consentement

Burnout Syndrome et qualité de vie des Internes de Médecine Générale de l'Océan Indien en 2015.

1. Je soussigné,……
   déclare avoir lu note d'information concernant l'étude « ***Burnout Syndrome et Qualité de Vie des Internes de Médecine Générale de l'Océan Indien en 2015*** » et accepte de participer à cette étude réalisée dans le cadre du travail de Thèse de Médecine de Monsieur Romain BERGONNIER.
2. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informé de ce qu'on attend de ma part. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté, précédé d'un résumé de l'objectif de la recherche.
3. Je suis libre de participer ou non, de remplir le questionnaire, complètement ou non, d'abandonner ma participation à l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour moi.
4. Les catégories de données qui seront utilisées dans le cadre de cette étude sont :
   - les réponses que j'ai données aux questionnaires de l'enquête
   - les résultats que j'obtiendrai aux différents tests pratiqués
5. J'accepte que ces données fassent l'objet de traitements ultérieurs à des fins scientifiques, en relation directe avec les objectifs de la recherche ci-dessus mentionnés, dans le respect de la loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Mon nom, les réponses aux questionnaires et mes informations personnelles seront gardés confidentiels. Les responsables scientifiques de cette étude et les personnes qui traiteront les données s'engagent à respecter cette confidentialité de données.
6. J'accepte que les résultats de cette étude, qui seront toujours anonymisés, soient diffusés à des fins scientifiques et en respectant les règles déontologiques de la communauté scientifique.
7. Je peux à tout moment demander la consultation des données à caractère personnel collectées ou leur rectification sans frais. Ces données seront conservées durant le temps nécessaire à leur analyse et ce, jusqu'à un maximum de dix années. Les responsables du traitement de ces données ROMAIN BERGONNIER peut être contacté à l'adresse suivante :

8. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Je vous remercie de signer ce document après avoir inscrit la mention « lu et approuvé ».

_____ _____

Signature du sujet *Date*

Annexe n°3 : Questionnaire.

SITUATION PERSONNELLE :

1. Sexe : M ☐ F ☐ Age au début de votre internat : I__I__I Age actuel : I__I__I
2. Votre Hôpital actuel : ……..
3. Statut matrimonial : En couple ☐ Célibataire ☐
4. Nombre d'enfants à charge : 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2 ☐
5. Université d'origine : …….

SITUATION PROFESSIONNELLE :

6. CHU validé : OUI ☐ NON ☐
7. Semestre en cours : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ ème semestre
8. Semestre en cours : Stage ambulatoire de niveau 1 ☐ SASPAS ☐ Urgences ☐
   Pédiatrie/gynéco ☐ Médecine adulte ☐ Stage libre ☐
9. Combien de semestre avez-vous fait ou souhaiteriez-vous effectuer à Mayotte : 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2 ☐
10. Nombre d'heures travaillées par semaine (semestre actuel) : I__I__I__I
11. Nombre de gardes mensuelles (semestre actuel) : 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ >6 ☐
12. Nombre de week-end libres par mois : 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ tous ☐
13. Nombre de semaines de vacances (semestre actuel) : 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3 ☐

MODE DE VIE :

	pas du tout d'accord	**plutôt pas d'accord**	**plutôt d'accord**	**tout à fait d'accord**
14. Vous consacrez suffisamment de temps à votre entourage :	☐	☐	☐	☐
15. Vous pratiquez régulièrement un loisir (sport, musique, autre…) :	☐	☐	☐	☐

16. Vivez-vous : Seul ☐ En colocation ☐ Au sein de votre famille ☐ En couple ☐ En couple avec enfant ☐
17. En moyenne, par an, combien de fois, voyez vous votre famille proche :
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ > 6 ☐
18. Combien de trajet Réunion-Métropole faites vous par an : 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ > 3 ☐
19. Vous sentez-vous correctement intégré au sein de la population Réunionnaise ? : OUI ☐ NON ☐
20. L'internat est-il pour vous un obstacle à la maternité/paternité ? OUI ☐ NON ☐ Pas d'avis ☐
21. a. Comment trouvez-vous votre qualité de vie : (placer un trait sur la ligne entre les deux extrèmes selon votre sentiment par rapport à votre qualité de vie)

Très mauvaise I----------I *Très bonne*

ETUDES ET PERSPECTIVES :

22. Votre orientation en médecine générale est-elle :
Un choix délibéré ☐ Choix par défaut ☐ Passage obligé vers un DESC ☐ Autre : …….……..
23. Modalités de connaissance de la subdivision Océan Indien :
Origine Réunionnaise ☐ Amis/Famille ☐ Connaissances ☐ ECN ☐ Internet/TV ☐ Bouche à oreille ☐ Autre ☐
24. Vous avez choisi un Internat Océan Indien pour : **(plusieurs réponses possibles)**

Surrémunération	☐	Rapprochement des amis	☐	Origine Réunionnaise	☐
Rapprochement familial	☐	Rapprochement du conjoint	☐	Activité sportive	☐
Nouvelle vie	☐	Cadre de vie	☐	Découverte	☐
Projet professionnel	☐	Travailler hors CHU Métropolitain			☐

25. Si c'était à refaire, repasseriez-vous le concours PCEM1 : OUI ☐ NON ☐
26. Avez-vous déjà envisagé de quitter la médecine :
Jamais ☐ A 1 à 2 reprises ☐ Souvent ☐
Régulièrement et je pense le faire dans un avenir proche ☐
27. A priori, concernant votre exercice futur :
a. Je souhaite exercer à La Réunion ou a Mayotte : OUI ☐ NON ☐
Si oui : Temporairement ☐ Définitivement ☐
b. Après votre internat, vous commencerez par exercer en tant que remplaçant pendant :
< 2 ans ☐ 3 à 5 ans ☐ Pour une durée indéterminée ☐ Je ne ferai pas de remplacement ☐
c. Vous exercerez : en rural ☐ en semi-rural ☐ en ville ☐ autre ☐ :……
d. Vous serez : salarié ☐ seul en cabinet ☐ en cabinet de groupe ☐
e. Vous participerez aux gardes et astreintes : OUI ☐ NON ☐
f. Vous ferez des visites à domicile : OUI ☐ NON ☐
g. Vous consulterez sur rendez-vous uniquement : OUI ☐ NON ☐
h. Combien de ½ journées hebdomadaires travaillerez-vous :
6 voire moins ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐10 ☐ 11 et plus ☐
i. Combien de temps consacrerez-vous à vos patients en moyenne par consultation :
10 min ☐ 15 min ☐ 20 min ☐ 25 min ☐ 30 min ☐ 40 min ☐ plus de 40 min ☐

VOTRE SANTE :

28. Vous sentez-vous menacé par le syndrome d'épuisement professionnel (BURNOUT) :
Pas du tout ☐ Pas vraiment ☐ Plutôt oui ☐ Oui tout à fait ☐ Je ne connais pas ☐
29. Consommez-vous du tabac : OUI ☐ combien de cigarettes par jour I__I__I NON ☐
30. Vous arrive-t-il de consommer plus de 3 verres d'alcool en une journée :
Jamais ☐ Une à 3 fois par an ☐ Une fois par mois ☐ Une fois par semaine ☐ Plus d'une fois par semaine ☐
31. Consommez-vous des anxiolytiques ou des hypnotiques :
Jamais ☐ Une à 3 fois par an ☐ Une fois par mois ☐ Une fois par semaine ☐ Plus d'une fois par semaine ☐
32. Consommez-vous du cannabis :
Jamais ☐ Une à 3 fois par an ☐ Une fois par mois ☐ Une fois par semaine ☐ Plus d'une fois par semaine ☐
33. Êtes-vous ou avez-vous été sous traitement antidépresseur :
- Au cours de votre internat ? OUI ☐ NON ☐
- Avant votre internat ? OUI ☐ NON ☐
33. Avez-vous déjà eu recours à un psychiatre/psychologue :
- Au cours de votre internat ? OUI ☐ NON ☐
- Avant votre internat ? OUI ☐ NON ☐

34. Sinon, pensez-vous que vous auriez dû y avoir recours sans pour autant l'avoir fait ?
OUI ☐ NON ☐

35. Avez-vous eu des idées suicidaires au cours de ces 12 derniers mois ? OUI ☐ NON ☐

36. Avez-vous des idées suicidaires actuellement : OUI ☐ NON ☐

37. Avez-vous déjà essayé de mettre fin à vos jours ? OUI ☐ NON ☐

STRESS PROFESSIONNEL :

	Jamais	**Rarement**	**Parfois**	**Souvent**	**Tous les jours**
38. Craignez-vous de faire une erreur médicale :	☐	☐	☐	☐	☐
39. Pensez-vous faire des erreurs dans la prise en charge médicale de vos patients :	☐	☐	☐	☐	☐
40. Etes-vous préoccupé par vos patients hors du contexte professionnel (rêves/ insomnie) :	☐	☐	☐	☐	☐
41. Au cours du semestre actuel, avez-vous constaté un « ras-le-bol » de la part de certains de vos séniors :	☐	☐	☐	☐	☐
42. Avez-vous déjà eu des difficultés de compréhension de vos patients, liées à leurs origines ethniques	☐	☐	☐	☐	☐
43. De par vos origines, avez-vous déjà été victime de discrimination ?					
De la part des patients :	☐	☐	☐	☐	☐
De la part des soignants :	☐	☐	☐	☐	☐

FORMATION ET RECONNAISSANCE :

	Pas du tout	**Pas Assez**	**Suffisamment**
44. Estimez-vous être correctement accompagné dans votre parcours de formation :	☐	☐	☐
45. Estimez-vous recevoir assez de reconnaissance de la part :			
De vos séniors :	☐	☐	☐
De l'équipe soignante :	☐	☐	☐
De vos patients :	☐	☐	☐
46. Pensez-vous que l'interne est reconnu à sa juste valeur, à La Réunion ou à Mayotte par rapport à la Métropole ? (Position sociale, charge de travail, rémunération) :	☐	☐	☐

47. Quelle image globale gardez vous de votre internat : (placer un trait sur la ligne entre les deux extrèmes selon votre sentiment)

Pas du tout satisfait I----------I *Entièrement satisfait*

48. Comment qualifieriez-vous la période de l'internat (plusieurs réponses possibles) :
Pénible ☐ Difficile ☐ Eprouvante ☐ Insoutenable ☐
Agréable ☐ Stimulante ☐ Passionnante ☐
Ne se prononce pas ☐

QUALITE DE VIE : Au cours des deux dernières semaines… : Mettre une croix dans la case correspondante.

	Jamais	**De temps en temps**	**Moins de la moitié du temps**	**La moitié du temps**	**La plupart du temps**	**Tout le temps**
Je me suis senti bien et de bonne humeur						
Je me suis senti calme et tranquille						
Je me suis senti plein d'énergie et vigoureux						
Je me suis réveillé en me sentant frais et disposé						
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes						

49. **BURNOUT SYNDROM ou SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : Echelle MBI**

0 : jamais, 1 : quelques fois par an, 2 : une fois par mois, 3 : quelques fois par mois, 4 : une fois par semaine, 5 : quelques fois par semaine, 6 : chaque jour

	0	1	2	3	4	5	6
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5-Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8-Je sens que je craque à cause de mon travail :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9-J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12-Je me sens plein(e) d'énergie :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13-Je me sens frustré(e) par mon travail :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14-Je sens que je travaille « trop dur » :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18-Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20-Je me sens au bout du rouleau :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21-Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22-J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de leurs problèmes :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe n°4 : Serment d'Hippocrate.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Syndrome d'épuisement professionnel et qualité de vie des internes de médecine générale de l'île de La Réunion.

Burnout and quality of life in general medicine trainees of La Reunion

Résumé :

Le syndrome d'épuisement professionnel est au cœur d'une problématique d'actualité : la souffrance au travail. Les professions d'entraide et en particulier dans le domaine de la santé sont les plus exposées. De nombreuses études concernant les médecins généralistes et internes en France métropolitaine ont déjà été réalisées. Mais aucune étude n'a évaluée ce syndrome dans des subdivisions ultra-marines.

L'objectif principal de notre travail est de déterminer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale de La Réunion en 2015, et d'identifier les facteurs associés. L'objectif secondaire est d'évaluer la qualité de vie de cette population afin de déterminer s'il existe une corrélation entre ce paramètre et la survenue du syndrome d'épuisement professionnel.

Pour cela, nous avons réalisé une étude descriptive, épidémiologique, réalisée par auto-questionnaire qui incluait le *Maslach Burnout Inventory* pour l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel, le questionnaire WHOQOL-BREF et une échelle visuelle analogique pour l'évaluation de la qualité de vie.

Nous avons ainsi déterminé que la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel à La Réunion était similaire à celle chez les internes métropolitains. Nous avons pu identifier comme principaux facteurs de risque le sentiment d'être menacé par le syndrome d'épuisement professionnel, la consommation d'antidépresseurs ou la présence récente d'idées suicidaires, le choix par défaut de la médecine générale comme spécialité, l'éloignement familial et une mauvaise intégration à la population locale, ainsi que le sentiment de ne pas avoir une qualité de vie satisfaisante. Nous avons retrouvé comme facteurs protecteurs principaux : L'accompagnement et la reconnaissance des médecins qui encadrent les internes.

Pour l'évaluation de la qualité de vie, nous avons pu déterminer qu'elle était corrélée au niveau d'accomplissement personnel et qu'elle varie de façon inverse au degré d'épuisement émotionnel.

Ainsi, le syndrome d'épuisement professionnel a une prévalence similaire chez les internes d'outre mer et les internes métropolitains. Des facteurs associés ont pu être identifiés et ouvrent une dimension intéressante pour le dépistage du syndrome d'épuisement professionnel.

Burnout is a topical problem related to suffering at work. Self-help professions and in particular in the field of health are easy targets. Numerous studies dealing with General Practitioners (GP) and trainees in metropolitan France have already been carried out. Nevertheless, there is no study dealing with this syndrome in overseas subdivisions.

The main objective of our work is to determine the prevalence of burnout among interns located at La Reunion Island in 2015, and to identify the associated factors. The second aim is to assess the quality of life of this population in order to determine if a correlation between this parameter and the onset of burnout can be established.

A descriptive epidemiological study has then been realized using an auto-form that included the *Maslach Burnout Inventory* for the evaluation of burnout, the WHOQOL-BREF form and an analogical visual scale for the assessment of quality of life.

Our results suggest that the burnout prevalence in La Réunion Island was similar to the one for the metropolitan trainees. We identified as major risk factors (i) the feeling of being threatened of burnout, (ii) antidepressant use or recent suicidal thoughts, (iii) general medicine as a default choice for area of medical specialization, (iv) family separation and poor integration with local population and (v) the feeling of poor quality of life. Support and recognition of seniors doctors were found as main protective factors.

For the evaluation of quality of life, it was found correlated to the level of personal achievement and that it is inversely proportional to emotional exhaustion level.

The burnout finally has a similar prevalence for overseas and metropolitan trainees. Associated factors were identified and opens up a promising dimension for burnout's screening.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : Syndrome d'épuisement professionnel, burnout, qualité de vie.

U.F.R. : Faculté de Médecine Victor Segalen – Université Bordeaux 2.