

Syndrome d'épuisement professionnel dans le monde de la santé

F.Michot, R.Chati, JJ.Tuech et V.Bridoux

Service de Chirurgie Digestive – CHU de Rouen

La relation entre le travail et la santé a suscité depuis la révolution industrielle, un intérêt grandissant à l'origine de la psychopathologie du travail. Le développement de la notion de stress et de l'adaptabilité aux exigences de l'environnement professionnel a fait progressivement apparaître la notion d'épuisement au travail à la fin des années 1950 (1,2). Le concept de burnout et son nom n'apparaîtront que durant les années 1970 avec les travaux de Freudenberger et de Maslach.

Le terme burn out est employé par Freudenberger pour la première fois en 1974; il décrit, sous l'effet de la tension, la tendance des ressources internes à se consumer et l'analyse comme fortement liée à des facteurs individuels touchant des personnes ambitieuses avec une haute estime d'eux-mêmes et de leur but : "il faut avoir été enflammé pour se consumer" (3). Maslach étend la conception de Freudenberger à l'ensemble des facteurs liés à l'environnement de travail. Les expériences émotionnelles difficiles et la difficulté à atteindre les objectifs ambitieux liés à l'environnement de travail entraînent un détachement progressif pour limiter ces frustrations et, parallèlement, la dépréciation du travail ou au contraire un surinvestissement qui sont, dans les deux cas, sous productifs (4). Se dégagent ainsi les trois dimensions du burn out ou syndrome d'épuisement professionnel; l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou cynisme et la perte d'accomplissement professionnel. Ce concept sera définitivement admis avec la naissance de scores permettant une évaluation rigoureuse; ainsi, le Maslach Burnout Inventory (MBI), publié en 1996, permettra une mesure objective et le développement d'études scientifiques (5).

Stress et épuisement professionnel sont des notions liées. Le stress se réfère au processus d'adaptation passager aux stimulations extérieures et le syndrome d'épuisement professionnel représente l'aboutissement de ces tensions répétées avec rupture des mécanismes d'adaptation.

Parmi les modèles de conception du stress, le modèle transactionnel et la théorie de conservation des ressources ont fortement contribué aux recherches sur la conception actuelle du syndrome d'épuisement professionnel.

Le modèle transactionnel (6) insiste sur la relation environnement individus et sa spécificité. Il intègre la notion de résilience ou coping des anglo-saxons, c'est-à-dire la capacité d'un individu à affronter une situation qu'il juge stressante pour tolérer les exigences de la transaction environnement personne. Il s'en dégage deux profils principaux : le coping actif centré sur l'action et les stratégies pour affronter et régler une situation et le coping passif ou d'évitement centré plutôt sur l'émotion et les stratégies pour minimiser et se distancier du problème sans le résoudre. Le profil de résilience est évolutif et variable selon les situations. Si le coping actif apparaît plus efficace lorsque le stress est de nature institutionnel et difficilement modifiable, un coping passif pourrait être plus adapté pour affronter un problème sans la frustration d'échec de l'action. Ce modèle a permis de définir huit principales attitudes de résilience, se répartissant entre passif et actif: la confrontation, la mise à distance (faire comme si rien ne s'était passé), le contrôle de soi, la recherche d'un support social, l'acceptation de responsabilité (autocritique), la fuite ou évitement source de conduite addictive, la résolution du problème, la réévaluation positive (à savoir recentrée sur d'autres priorités).

La théorie de la conservation des ressources (7) est plus rationnelle, centrée sur la notion de ressources, considérant que chaque individu possède des ressources de nature différente, l'objectif étant de préserver et d'augmenter ses ressources. Il est en effet nécessaire d'acquérir de nouvelles ressources et surtout de se protéger de la perte de l'une d'elles, qui a un impact beaucoup plus fort que leurs gains. Les situations de stress naissent de l'inadaptation entre les ressources et la situation. Cette idée qui place les pertes au premier plan, participe à comprendre le syndrome d'épuisement professionnel et l'importance des facteurs négatifs (balance pertes/gains).

Le syndrome d'épuisement professionnel est un processus pathologique provenant de l'utilisation répétée de mécanismes adaptatifs pour améliorer la résilience face au stress du travail. Ce syndrome

conduit à un épuisement des ressources physiques et mentales; il s'articule autour de trois dimensions fondamentales (8) :

- L'épuisement émotionnel caractérisé par la sensation d'être vidé de ses ressources physiques et émotionnelles entraînant une perte de motivation et une saturation (impassibilité) ou un comportement inadapté (réaction excessive) face aux nouvelles émotions. C'est la conséquence d'exigences psychologiques excessives.

- La dépersonnalisation ou cynisme ou déshumanisation: cette dimension est fortement liée à l'épuisement émotionnel et représente un moyen de se protéger contre l'épuisement. Elle consiste en détachement cognitif et émotionnel au patient et à la relation médecin/malade pour en diminuer la perception des implications. Elle induit une distanciation nuisible dans la relation de soins. Le cynisme est le reflet des mécanismes de résilience adaptatif excessif.

- La perte d'accomplissement personnel au travail apparaît comme une dévalorisation de ses compétences et une diminution de l'estime de soi avec pour conséquence, soit un surinvestissement compensateur inefficace, soit un désinvestissement associé à une démotivation, voire à l'absentéisme.

Dans le syndrome d'épuisement professionnel, ces trois dimensions sont liées et il semble que la dépersonnalisation serait la conséquence de l'épuisement émotionnel alors que la perte d'accomplissement personnel serait secondaire évoluant parallèlement aux deux dimensions précédentes.

Enfin, il est important de noter que ce syndrome se développe progressivement pour s'installer de manière durable et ne constituer, en aucun cas, un état passager.

Parmi les modalités de mesure proposées, le Maslach Burnout Inventory (MBI) est la mieux validée et la plus utilisée au niveau international. Ce score est composé de 22 items répartis pour évaluer chacune des trois dimensions en trois niveaux d'atteinte : bas, modéré et sévère. L'atteinte sévère de l'une des sous-échelles suffit pour évoquer le syndrome d'épuisement professionnel, permettant ainsi de distinguer le burn out sévère (atteinte élevée dans les trois dimensions), d'un risque élevé de burn out (atteinte sévère d'au moins une des deux dimensions). Ce dernier stade est le plus souvent la définition retenue de burn out.

Ce syndrome ne se définit pas par un tableau clinique, mais plutôt par ses manifestations, qui se situe à des niveaux différents : professionnel : absentéisme, volonté de reconversion, diminution de l'efficacité au travail et de vie personnelle : rapport à la dépression, rapport au suicide et aux idées suicidaires, conduite addictive, dégradation des relations personnelles.

Ces manifestations, de par leur nature, peuvent être responsables d'une certaine contagiosité au sein d'une équipe, puisque l'absentéisme et la baisse de productivité ne peuvent que retentir sur les autres membres d'une équipe, augmentant leur propre niveau d'exigence et leur propre exposition.

Plusieurs études ont étudié la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel dans le monde de la santé en France et plus particulièrement chez les médecins.

Des études réalisées auprès des internes de médecine des hôpitaux concluaient à une prévalence du burn out, selon les trois dimensions, entre 23 à 40 % chez les internes en oncologie médicale (9) et 16 à 39 % chez les internes en médecine générale (10)

Chez les médecins anesthésistes réanimateurs, un travail réalisé par la société savante de la discipline et publié en 2013 (11), concluait à un pourcentage élevé de burn out 62,3 % et affirmait ces liens avec la charge de travail, une conduite addictive, la dépression et les idées suicidaires. En 2003, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, concluait à un risque relatif de 2,37 par rapport à la population générale et dans ce rapport d'activité de 2013, la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français) indiquait que 40 % des invalidités avaient pour cause les maladies psychiatriques et les addictions.

Concernant la chirurgie, plusieurs études ont été réalisées aux Etats-Unis; ainsi en 2001, Campbell (12) rapportait les résultats d'une enquête auprès de 582 chirurgiens du Michigan : 32 % d'entre eux présentaient un score élevé d'épuisement professionnel, 13 % un score élevé de dépersonnalisation et 4 % un score d'accomplissement personnel. Il existait une corrélation significative entre la volonté de reconversion médicale, le désir de retraite anticipée et la sévérité de l'épuisement professionnel dans cette étude. Le manque de temps pour la vie personnelle était identifié comme facteur de risque ; en revanche, l'expérience, le nombre d'enfants et la durée des congés étaient identifiés comme facteurs

protecteurs. L'équipe de la Mayo Clinic à Rochester (13) a réalisé, en 2008, la plus importante étude sur le sujet en sollicitant l'ensemble des 24922 chirurgiens de l'American College of Surgeons: 7905 d'entre eux ont répondu à cette enquête qui a été déclinée en plusieurs publications entre 2010 et 2012. Ces principaux résultats montrent un taux de burn out élevé concernant 40 % des chirurgiens, avec des disparités selon les spécialités chirurgicales dont témoignait un odds ratio de 1,17 pour la chirurgie générale, la chirurgie traumatique était la plus touchée avec un odds ratio à 1,56. L'analyse multivariée identifiait comme facteur de risque: la charge de travail (nombre de gardes, nombre d'heures hebdomadaires), le mode de rémunération, le manque d'expérience, les enfants à charge. Enfin, dans cette enquête, 26 % des chirurgiens, s'ils en avaient l'opportunité, ne choisiraient pas à nouveau d'être chirurgien. Des études complémentaires à cette première enquête ont attiré l'attention sur l'impact de l'épuisement professionnel sur la vie personnelle, particulièrement chez les femmes, l'impact sur la qualité des soins avec un risque significativement plus élevé de survenue d'erreur médicale; plus de 15 % des chirurgiens étaient victimes de dépendance ou de mésusage de l'alcool, situation fortement corrélée avec le risque d'erreur médicale et de syndrome dépressif (14). Enfin, dans cette série d'articles, était également rapporté que 30 % des chirurgiens présentaient des signes de dépression et que 6,3 % avaient eu des idées suicidaires au cours des 12 mois précédents. En Europe, une enquête réalisée en Allemagne (15) rapportait un taux de burn out élevé (48 %) et son association significative à la qualité des soins et à la survenue d'erreurs médicales. En Grande Bretagne (16), une enquête auprès de 500 chirurgiens colo-rectaux et vasculaires rapportait une atteinte sévère dans au moins une des trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel chez 32 % des chirurgiens et les facteurs prédictifs retrouvés, confirmaient l'étude de l'American College of Surgeons. En France, les données concernant la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel dans le milieu chirurgical, sont peu nombreuses. Un travail réalisé chez les chirurgiens urologues par la société savante de la discipline et publié en 2011 (17), bien que comportant de nombreux biais méthodologiques, permettait cependant de retenir que les atteintes sévères étaient associées avec la charge de travail, le célibat et l'absence de loisirs.

Une importante étude transversale et multi-centrique, a été réalisée en 2013 par Chati et Bridoux sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les chirurgiens digestifs français en formation initiale recouvrant par conséquent une population d'internes et d'assistants. 328 jeunes chirurgiens digestifs français ont participé à cette enquête. Les résultats les plus importants de cette étude montrent que:

- plus des 2/3 d'entre eux n'ont aucune activité extra-professionnelle.
- la durée hebdomadaire de travail moyenne était de 75,6 heures, soit 1,6 fois plus élevé que la durée prescrite par la loi; cette durée vient d'être très récemment réaffirmée par l'Union Européenne et le Ministère de la Santé comme étant au maximum de 48 heures par semaine.
- 85 % d'entre eux avaient été confrontés dans les 12 derniers mois, à un comportement agressif de la part des patients et/ou de leur famille.
- 78 % considéraient que leur salaire était inadapté à leur niveau de responsabilité.
- la crainte de l'erreur médicale était très présente: 10 % y pensaient quotidiennement et 31 % y pensaient souvent.
- 97 % estimaient le temps disponible à soi même et à son entourage insuffisant.
- 1/3 d'entre eux avait eu des difficultés psychologiques, 67 % des troubles du sommeil, 12 % des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Ainsi, et globalement, 10 % des jeunes chirurgiens digestifs français présentaient un burn out complet sévère et 52 % étaient en risque élevé de burn out. Le risque de survenue de ce syndrome était associé de manière significative au manque de reconnaissance sociale et professionnelle, à la réalisation d'erreurs médicales, au manque de temps personnel associé à l'absence d'activités extra-professionnelles et à une prise contrariée des congés. En revanche, il n'y a pas de différence selon le genre (homme/femme).

Explications

1°) Pénibilité :

Le code du travail définit la pénibilité comme l'exposition à des facteurs de risque professionnel susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé (code du travail articles L4121 et D4121). Parmi les facteurs identifiés, nombre d'entre eux sont présents dans la profession de médecin ou chirurgien.

- travail de nuit lors des activités de garde.
- station debout prolongée et posture maintenue, source de douleurs physiques ; un bénéfice des robots chirurgicaux réside probablement dans l'ergonomie.
- travail à la chaleur produite par la lumière ou certains instruments et travail en lumière artificielle.
- exposition chronique aux fumées de bistouri électrique, aux chimiothérapies pour les chirurgiens dans certaines interventions, aux radiations ionisantes lors de radiographie per opératoire.
- risque lié aux contaminations infectieuses par transmission virale par piqure ou blessure, risque intéressant également le personnel non médical (infirmières).
- risque de développer des allergies, en particulier sensibilisation au Latex.

2°) Démographie :

La démographie médicale est une préoccupation majeure du système de soins. Dans l'atlas de la démographie médicale publié en 2013 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, il était noté une croissance négative des médecins en activité totale malgré une proportion importante de retraités actifs au sein de ces effectifs et le recrutement de médecins étrangers à diplôme extracommunautaire: 25 % des nouveaux médecins inscrits au conseil de l'ordre étaient en effet étrangers et les 3/4 d'entre eux, hors Union Européenne. Plus particulièrement en chirurgie digestive, est observée une diminution régulière depuis 15 ans du nombre des chirurgiens dont le taux de croissance annuelle moyen est de moins 2 % avec une population vieillissante, 45 % d'entre eux étant âgés de plus 55 ans. D'une manière générale, la moyenne d'âge des médecins français est actuellement de 55 ans, la plus élevée d'Europe et il est estimé que 22 % des chirurgiens digestifs en France ont plus de 60 ans.

3°) Judiciarisation :

La judiciarisation, véritable obsession contentieuse, se traduit par deux tendances de fond : une augmentation du nombre de plaintes de patients et une sévérité accrue des magistrats. Cette évolution s'est parallèlement développée avec le consumérisme appliqué à la santé, le malade de patient est devenu client : cette dimension consumériste de la médecine tend à un effacement de l'altérité médecin/malade et à une négation de la différence des savoirs, parité engendrant une certaine confusion. La chirurgie reste une activité dangereuse et l'observation d'une échelle du risque de catastrophe, montre que la chirurgie fait partie des activités humaines à risque élevé comparativement par exemple à l'industrie nucléaire ou à l'aviation civile, activités considérées comme extrêmement sûres. Actuellement, un chirurgien sera poursuivi en moyenne 6 fois au cours de sa carrière, chaque plainte entraînant environ deux ans de procédure; les disciplines les plus judiciarisées étant la chirurgie, l'anesthésie et l'obstétrique. Enfin, il apparaît que les chirurgiens sont mis en cause moins souvent en raison de la qualité de leurs actes techniques, mais surtout par la gestion de la période péri-opératoire: la gestion des suites opératoires est un marqueur essentiel de la qualité du chirurgien.

4°) Evolutions sociétales :

Plusieurs évolutions sociétales ont profondément influencé et impacté le monde de la santé :

- la réduction du temps de travail avec les 35 heures, les différentes modalités de récupération d'heures supplémentaires, les repos de sécurité ont transformé l'organisation des structures de soins.
- la féminisation de la médecine modifie son exercice; les projections démographiques montrent qu'en 2020, 50 % des médecins seront des femmes. Actuellement, 38 % des internes en chirurgie sont des femmes. Après un surinvestissement initial au cours de leur formation, les femmes médecins réduisent progressivement par la suite leur investissement professionnel, en privilégiant le salariat, en privilégiant l'exercice à temps partiel.
- la perte du statut social du médecin au cours des cinquante dernières années est incontestable, conséquence du développement du consumérisme médical, de la pression des patients exprimée au

travers de multiples associations ; ces évolutions sont favorisées par la diffusion d'internet, accélérées par le mal être des médecins, et accentuées par le contraste entre une rémunération jugée insuffisante par les médecins et l'image de privilégiés toujours véhiculée par la société.

- une perte de la maîtrise du temps: le médecin n'est plus maître de son temps, écartelé entre ses activités de soins toujours plus exigeantes et une activité administrative toujours plus importante.

- la qualité de vie, le développement d'une société fondée sur l'hédonisme et le développement personnel participent au changement des pratiques médicales, les demandes de temps libre et de temps personnel augmentent et la notion de qualité de vie devient prépondérante. Ces exigences actuelles rendent compte de la perte d'attractivité du métier de chirurgien, considéré comme cumulant pénibilité, risque judiciaire, rémunération insuffisante, durée de formation trop longue; tous ces facteurs concourent à une qualité de vie jugée inacceptable tant dans la pratique d'une activité extra-professionnelle régulière que le développement d'une vie privée équilibrée.

Cette charge de travail et l'importance de l'investissement personnel ont toujours été associés au métier de chirurgien et acceptés par eux; cette situation n'est plus actuellement acceptée parce qu'ont disparu une triple reconnaissance du chirurgien : reconnaissance sociale, reconnaissance matérielle et reconnaissance professionnelle, donnant au chirurgien une impression de mal-être et de maltraitance.

Moyens de prévention

La prise de conscience du syndrome d'épuisement professionnel dans les professions de santé a conduit à différentes propositions et mesures destinées à essayer de le prévenir.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a mis à leur disposition un système colligeant des rapports d'incidents, des violences subies par les médecins et un observatoire national du suicide a également été créé. La mise en place de structures de soins dédiée aux médecins, l'information, le dépistage précoce, l'aide à la reprise de l'activité sont également des propositions en cours d'évaluation. L'abord d'une population de soignants (médecins, infirmiers...) plutôt que les médecins pris isolément, ayant en commun une activité professionnelle commune, est également une piste de réflexion. Une meilleure connaissance des facteurs de stress communs aux différents acteurs du système de soins, ainsi qu'une meilleure connaissance des manifestations pathologiques du stress chez les médecins en exercice et en formation (18) permettront une meilleure identification des facteurs susceptibles de créer un syndrome d'épuisement professionnel: charge de travail, durée de formation et reconnaissance des efforts nécessaires, sensation d'isolement et perte de collaboration avec les collègues, enjeux financiers, équilibre entre carrière et vies personnelle et familiale, rôle de l'expérience et du genre, environnement de travail inefficace ou hostile, culpabilité en rapport avec des complications liées aux soins ou en rapport avec le décès d'un malade.

Cette prise de conscience est nécessaire à la bientraitance des malades, culture déclinant le respect de l'altérité, de la singularité et de la dignité de l'homme; la bientraitance des malades suppose des médecins bien traités.

Références

- 1- Campbell DA. Physician wellness and patient safety. Ann Surg 2010;251:1001-2
- 2- Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness : a missing quality indicator. Lancet 2009;374:1714-21
- 3- Freudenberger HJ, Richelson G. Burn-out : the high cost of high achievement. Garden City, NY : Anchor Press, 1980
- 4- Maslach C. Burned-out. Can J Psychiatr Nurs. 1979;20:5-9
- 5- Maslach C, Jackson LE, Leiter P. Maslach burnout inventory manuel. Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press, Inc. 1996
- 6- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer Pub Co. 1984

- 7- Hobfoll SE, Lazarus RS, Quick JC et al. The influence of culture community and the nested-self in the stress process : advancing conservation of resources theory. *Appl Psychol Print.* 2001;50:337-421
- 8- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burn-out. *Ann Rev Psychol* 2001;52:397-422
- 9- Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin J et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents : a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer Oxf Engl.* 1990;46:2708-15 Galam E, Komly V, Le Tourneur et al. Burnout among French GPs in training : a cross-sectional study. *Br J Gen Pr.* 2013;63:217-24
- 10- Galam E, Komly V, Le Tourneur et al. Burnout among French GPs in training : a cross-sectional study. *Br J Gen Pr.* 2013;63:217-24
- 11- Mion G, Libert N, Journois D. Burnout associated factors in anesthesia and intensive care medicine. *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation* 2013;32:175-88
- 12- Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE et al. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001;130:696-702
- 13- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg* 2009;250:463-71
- 14- Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM et al. Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch Surg* 2012;147:168-74
- 15- Klein J, Grosse Frie K, Blum K et al. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Heal Care* 2010;22:525-30
- 16- Sharma A, Sharp DM, Walker LG et al. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psychooncology* 2008;17:570-6
- 17- Roumiguié M, Gamé X, Bernhard JC et al. Les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel ? Evaluation par le Maslach Burn-out Inventory. *Progrès en urologie* 2011;21:636-41
- 18- Balch CM, Freuschnag JA, Shanafelt TD. Stress and burnout among surgeons : understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Arch Surg.* 2009;144:371-6