

## Le soignant malade de soigner

Georges Mion

*Hôpital Cochin, Paris*

L'exercice de l'anesthésie-réanimation est un métier difficile qui peut au fil du temps altérer la santé physique et mentale des soignants. On estime que 90% des victimes de souffrance au travail le sont en raison du travail lui-même : 60 % en raison d'une surcharge de travail, 50 % du fait d'une non reconnaissance de leur travail, 30% en raison de conflits hiérarchiques et 20% en raison d'un manque d'autonomie.

Les facteurs susceptibles de rendre le soignant malade sont essentiellement :

- 1) La fatigue chronique engendrée par des horaires extensifs et surtout par le travail de nuit
- 2) La soumission à un stress chronique dû au contexte de l'urgence et à la confrontation aux souffrances et aux décès des patients, mais aussi aux difficultés relationnelles
- 3) L'épuisement émotionnel provoqué par des conditions d'exercice difficiles, au premier rang desquelles les conflits entre professionnels de santé <sup>[1]</sup>

### 1. LA FATIGUE

La démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs a été à l'origine d'une augmentation de pression de production <sup>[2]</sup>, elle-même génératrice de fatigue et de danger potentiel pour les patients <sup>[3,4,5,6]</sup>.

La fatigue est un phénomène cumulatif, effacé par une période de repos, associé à une démotivation et à une baisse des performances. Mis à part ses conséquences sur la santé, le lien entre fatigue et risque de commettre une erreur médicale est un fait établi : fatigue et stress sont impliqués dans la plupart des erreurs médicales.

#### Physiologie de la fatigue

Cinq heures pour une nuit et six heures par nuit pour plusieurs nuits consécutives seraient les minimaux moyens de sommeil nécessaires. Le sommeil s'élabore à partir de deux composantes : l'une obligatoire, la fatigue, l'autre circadienne, qui explique deux fléchissements quotidiens de vigilance : en milieu d'après midi et en fin de nuit. La somnolence, soumise à l'influence de cette horloge biologique, est associée à une diminution du temps de réaction, des capacités mnésiques et psychomotrices, de l'acquisition de l'information et de l'efficacité décisionnelle <sup>[7]</sup>. La fatigue est caractérisée par une baisse des capacités à effectuer des tâches physiques ou mentales, ou l'état subjectif dans lequel l'individu se perçoit comme tel. Elle résulte d'une surcharge de travail, d'un épuisement physique ou psychologique, mais surtout d'une privation de sommeil ou de la perturbation des rythmes circadiens <sup>[8,9]</sup>.

La restriction ou la fragmentation du sommeil créent une dette de sommeil cumulative dont la compensation est entravée par les nuisances sonores, les impératifs socio-familiaux et la programmation des rythmes internes, notamment le taux de

mélatonine. La diminution de cette sécrétion, inhibée par la pollution lumineuse, jouerait un rôle dans des pathologies liées au stress oxydatif : vieillissement, ulcères, atteintes neurologiques centrales. Le vieillissement lui-même s'accompagne d'une désorganisation du sommeil à partir de 50 ans, qui expliquerait pourquoi les gardes sont d'autant mieux supportées que le praticien est jeune <sup>[10]</sup>.

Chez 10 % des travailleurs nocturnes, on observe des troubles du sommeil induit considérés par certains comme une maladie professionnelle des médecins anesthésistes <sup>[11]</sup>.

Ces données mises bout à bout permettent d'estimer raisonnablement qu'un sujet moyen ne peut être considéré comme reposé, s'il n'a dormi au moins 5 heures la nuit précédente ou 12 heures au cours des 48 heures précédentes.

### **Relation entre fatigue et erreur humaine**

L'*Australian Incident Monitoring Study* a impliqué une erreur humaine dans 83 % des incidents d'anesthésie <sup>[12]</sup>, 95 % en cas de défaillance matérielle, avec un pic en milieu de nuit <sup>[13]</sup>. 40 % des médecins auraient été impliqués dans des accidents liés à leur fatigue, certains invoquant la possibilité d'une issue fatale <sup>[13]</sup>. Il faudrait s'intéresser aux « *near misses* », les incidents évités de justesse, qui sont autant d'indicateurs des failles latentes du système.

Plusieurs études corroborent le risque d'erreur liée à la fatigue et à la privation de sommeil <sup>[14]</sup>. Le taux d'accident du travail croît exponentiellement au-delà de la neuvième heure de travail consécutive <sup>[9]</sup>. On constate un risque d'incidents accru de 20 % l'après midi, de 30 % la nuit, maximum à 23 heures et à 3 heures du matin. Le risque, qui diminue avec les pauses, croît avec l'accumulation du travail sans prise de repos.

L'accumulation des gardes entraîne des perturbations durables du sommeil <sup>[15]</sup>. La privation de sommeil entraîne une détérioration progressive de l'éveil, de l'humeur et des performances <sup>[16]</sup>, avec un temps de latence augmenté et une incidence accrue de micro-endormissements, mais avec une variabilité individuelle marquée <sup>[17]</sup>.

20 % des intubations difficiles surviennent en dehors des horaires programmés <sup>[18]</sup>, des internes privés de sommeil font 50 % de fois plus d'erreurs d'interprétation de tracés ECG <sup>[19]</sup> et le risque de brèche dure-mérienne est multiplié par six au cours d'une anesthésie péridurale nocturne <sup>[20]</sup>. L'étude anesthésiologique néo-zélandaise a montré que 71 % des internes et 58 % des seniors estimaient dépasser les limites acceptables pour assurer la sécurité des patients avec 86 % d'entre eux rapportant des erreurs liées à la fatigue <sup>[13]</sup>.

### **Conséquences somatiques de la fatigue chronique**

Le travail nocturne entraîne un vieillissement cognitif <sup>[21]</sup> et vraisemblablement des effets sur le système cardiovasculaire <sup>[22]</sup> et l'immunité. Par ailleurs, les niveaux de vigilance de résidents privés de sommeil sont proches de ceux de patients atteints de narcolepsie ou de Syndrome d'Apnées Obstructives de Sommeil <sup>[3]</sup>. Ainsi, les personnels sortant de garde sont exposés à un risque accru d'accidents de la circulation <sup>[23,24,25]</sup>. Chaque garde de 36 heures augmenterait de 16 % le risque d'accident de voiture sur le trajet du retour à domicile <sup>[26]</sup>. Dans notre étude, les personnels dont les mesures de burnout étaient les plus élevées et qui prenaient des anxiolytiques rapportaient pratiquement trois fois plus d'accidents post-garde. Des médecins qui ne sont pas en état de conduire, le sont-ils pour soigner leurs patients <sup>[27]</sup> ?

## Comment alléger la fatigue du métier

Deux études nord-américaines ont montré qu'un planning hebdomadaire « allégé » (65 heures, pas plus de 16 heures d'affilée, siestes « prophylactiques ») diminue par deux les défaillances nocturnes de vigilance par rapport à un planning « traditionnel » (85 heures). Les horaires allégés diminuaient de 36 % le taux d'erreurs médicales graves, de 21 % les erreurs thérapeutiques et divisaient par cinq les erreurs diagnostiques <sup>[12]</sup>. Ces études militaient en faveur d'un concept de repos « préemptif » <sup>[28]</sup> sous forme de sieste.

En Europe, la prévention des accidents repose sur une réglementation des horaires de travail. En France, le décret du 9 janvier 2001 et l'arrêté du 14 septembre 2001 ont défini le repos de sécurité <sup>[29]</sup> comme une interruption d'activité d'une durée de onze heures, immédiatement à l'issue d'une garde de nuit. Par ailleurs, l'établissement des listes de gardes devrait tenir compte de la vulnérabilité particulière d'une frange de la population, a priori la plus âgée.

## 2. CONSEQUENCES PHYSIQUES ET MENTALES DU STRESS CHRONIQUE AU TRAVAIL

### Double contrainte

Les professionnels de santé sont de plus en plus confrontés à deux impératifs contradictoires, celui de la productivité et celui de la qualité des soins <sup>[30]</sup>. Des études ont révélé que les stressseurs les plus déterminants sont le manque de temps et d'autonomie au travail, les décisions éthiques difficiles, les contraintes familiales impliquées par les gardes et la communication avec les chirurgiens <sup>[30]</sup>.

Christophe Dejourné a minutieusement décrit les conditions de la normalité, de la souffrance au travail et des défenses mises en jeu, ainsi que la dynamique du couple souffrance / plaisir au travail. La confrontation entre le travail prescrit et le travail réel implique la mise en jeu de non-dits intuitifs, d'habiletés, d'ingéniosité, d'arbitrages, parfois de transgressions intelligentes, qui supposent certains compromis, une autonomie, une confiance, une marge de manœuvre minimale <sup>[31]</sup>. Se conformer à la lettre à la tâche prescrite, sans mettre en jeu cet ensemble de talents acquis qui font le métier, c'est la fameuse « grève du zèle ». Il y a un paradoxe entre l'aspect structurant, socialement valorisant du travail et la souffrance parfois engendrée. C'est l'opposition symbolique entre le travail, du latin *tripallium*, supplice infligé aux esclaves et le métier, du grec *mêtis*, compétence, intelligence inconsciente déployée dans la réussite de la tâche et sixième sens développé par la confrontation sensorielle continue avec les défis techniques. Au-delà du « jugement d'utilité » porté par les « clients » (direction, chirurgiens, malades), le « jugement de beauté, porté par les pairs, sur la manière de faire, apporte la reconnaissance symbolique de l'engagement dans le métier et le bien-être reconnu par ceux qui l'exercent.

### Théories du déséquilibre

L'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail et l'accord interprofessionnel français sur le stress au travail définissent le stress comme le déséquilibre entre une contrainte imposée par l'environnement et la perception de l'individu de ses propres ressources pour y faire face <sup>[32]</sup>. Cette définition est fondatrice dans la mesure où elle met l'individu au centre de sa souffrance, et pose comme base, qu'au-delà des moyens accordés, la contrainte supportable dépend de l'individu.

Différents modèles de stress au travail matérialisent la centralité de ce déséquilibre. Le modèle de Siegrist met en avant le déséquilibre entre effort consenti et récompense, avec une mention pour le surinvestissement comme facteur de risque supplémentaire. Dejours rappelle que toute décompensation psychopathologique révèle une crise d'identité, et que l'identité n'est jamais définitivement stabilisée. Pour se construire, de façon dynamique, elle nécessite sa confirmation par le *regard* de l'autre. Ce *constat*, c'est la « reconnaissance », qui fait *exister*. Il insiste sur le fait que l'essentiel de la psychopathologie du travail se déploie dans la non reconnaissance du travail par autrui, pire, par son désaveu [31].

Le modèle de Karasek et Théorell (demande / contrôle) envisage le stress comme le rapport entre le degré de maîtrise (contrôle) de l'individu sur son travail ou ses décisions et les exigences du travail (pression de production, injonctions contradictoires...). Peu de maîtrise mais peu de contraintes définissent une zone de « passivité ». De fortes contraintes dans une ambiance de latitude décisionnelle élevée définissent une zone « active » (le « bon » stress). Faible demande et forte latitude génèrent une ambiance détendue, au contraire de l'ambiance de stress (*job strain*) caractérisée par le déséquilibre entre de fortes contraintes et une faible latitude de décision. Johnson a ajouté une dimension de soutien social.

Par ailleurs, les catastrophes médicales ont un impact dévastateur sur les soignants qui y ont été confrontés [33].

### **Conséquences psychologiques et somatiques du stress chronique**

Le cumul de fortes contraintes, d'un faible contrôle et d'un faible soutien social est significativement lié à l'apparition de troubles musculo-squelettiques (TMS), de pathologies cardio-vasculaires, de troubles anxio-dépressifs, d'une addiction ou d'un épuisement professionnel [32]. Trente pour cent des internes ont des symptômes dépressifs dans une méta analyse parue dans le JAMA [34].

L'analyse électroencéphalographique montre chez les sujets en burnout une diminution dans la bande alpha du spectre de fréquences, évoquant une hyperactivité corticale [35]. Le stress chronique au travail, qui active le sympathique et altère le baroréflexe, est un facteur de risque cardiovasculaire [36]. Plus spécifiquement, de nombreux travaux retrouvent un lien entre burnout, conséquence du stress chronique et ulcère gastroduodéal [37], intestin irritable [38], risque d'athérosclérose [39], HTA et coronaropathie [38]. Les horaires de travail excessifs sont un facteur indépendant d'épisode dépressif majeur [40] et de coronaropathie [41].

### **Addictions, décès et suicide**

Alors que plusieurs études ne montrent pas de mortalité précoce chez les anesthésistes [42], une étude récente rapporte une augmentation des morts subites chez les anesthésistes chinois [43]. Le taux de suicide des médecins est supérieur à celui de la population générale [44,45] mais il est encore difficile de savoir si celui des médecins-anesthésistes est supérieur à celui des autres praticiens [46], comme le montrait une étude publiée en 2000 dans *Anesthesiology*, qui rapportait également une augmentation du risque d'addiction [47]. En tout état de cause, l'accès aux produits anesthésiques est un facteur de risque avéré [48,49,50].

Pour la prise en charge des troubles addictifs chez les anesthésistes le CFAR propose une orientation vers un réseau d'addictologie qui permet d'initier une prise en charge ouvrant des perspectives de réinsertion professionnelle ciblées [51].

Dans l'optique d'une diminution du stress au travail, les contacts humains, la communication, l'esprit d'équipe et l'entraide, plus de souplesse dans l'organisation, apparaissent essentiels, notamment dans la prévention du *burnout* [52].

### 3. LE BURNOUT

Aboutissement ultime du stress chronique, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants devint tangible aux Etats-Unis d'Amérique grâce aux descriptions du burnout par Herbert Freudenberger et au développement par Christina Maslach à Berkeley d'un instrument de mesure qui fait encore référence [53]. Malgré les importants travaux de Christophe Dejours [54] débutés à la même époque, la France, particulièrement dans le monde médical, est restée à la traîne. Il faut attendre la dernière décennie, avec la médiatisation de suicides en série dans un contexte de pression de productivité pour observer une tardive prise de conscience sociétale. Dans le milieu de l'anesthésie-réanimation française, de nombreux mémoires ont vu le jour et plusieurs recherches d'ampleur ont été publiées depuis le travail d'Embriaco et al. portant sur près d'un milliers de réanimateurs français [55]. C'est le cas de l'étude SESMAT [56] et de l'étude de la SFAR sur le burnout parmi les professionnels de l'anesthésie en France [57].

Le burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, n'est pas une pathologie, mais un syndrome réunissant des symptômes psychiques et somatiques provoqués par l'exposition à plusieurs années de stress chronique au travail. La partie émergée de l'iceberg est la fatigue, chronique. Elle est physique (épuisement non influencé par la prise de repos) et mentale (difficulté de concentration, troubles mnésiques, etc.). La description princeps de Freudenberger mettait en avant une part de frustration, instillée par un sentiment d'échec professionnel chez des individus très investis dans leur métier (ceux qui ont la « flamme » ou le « feu sacré »). Il avait remarqué l'état d'épuisement physique qui « consommait » le soignant et écrivait à ce propos que les « gens peuvent être victimes d'incendie intérieur, comme les immeubles dont les murs restent debout ». Critère pratiquement nécessaire, l'épuisement n'est pas suffisant pour définir le syndrome. À Berkeley, Christina Maslach élabore le Maslach Burnout Inventory. Avec ses 22 items côtés chacun de 0 à 6, le MBI fait du burnout un paradigme à trois composantes que l'analyse ne peut réduire à une seule dimension : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation du soin au patient et le sentiment d'un échec d'accomplissement personnel. La déshumanisation de la relation au patient qui fait initialement le sens de nos professions, est spécifique. On parle d'attitude indifférente, voire de cynisme. Elle surviendrait en réaction à l'épuisement, dans une tentative du soignant de se distancier d'une proximité épuisante avec la souffrance en déniait au patient sa dimension humaine (réification). Alors que l'épuisement et la déshumanisation seraient en rapport avec la pression de productivité et les tensions interpersonnelles, la perte du sentiment d'accomplissement personnel qu'on peut attendre d'un métier d'aide pourrait être connectée avec le manque de reconnaissance, de soutien et de ressources, l'absence de « tissu » social.

Le burnout n'est pas seulement un problème de santé des praticiens ou un problème organisationnel des équipes. Comme la fatigue, il représente une menace pour la sécurité des patients comme le montre la méta analyse récente de 47 études publiée dans le JAMA [58].

Si la prévalence du burnout (de 30 à 60%) au sein des professions concernées [59,60,61,62,63] et sa description socio-psychologique sont désormais cernées, il n'en est pas de même des moyens de le détecter au quotidien, de le prévenir, c'est-à-dire d'agir sur ses causes, ni de soigner ses conséquences ou d'éviter sa récurrence. Dans ce domaine, l'Europe est en retard sur les Etats-Unis. Le 25 mars 2010, le conseil d'administration de l'organisation internationale du travail a inclus les troubles mentaux et du comportement liés à des activités professionnelles dans la liste des maladies professionnelles. En France, faire reconnaître un burnout comme imputable au travail relève encore de l'utopie. Toutefois, l'article L 411-1 du code de la sécurité sociale stipule qu'un accident du travail est constitué par une lésion corporelle soudaine entendue « au sens large », c'est-à-dire constituée de dommages physiques ou de troubles psychologiques. Encore faut-il prouver le lien entre l'accident et le travail. Pour le moment, l'inscription du syndrome d'épuisement au tableau des maladies professionnelles n'est pas d'actualité.

### **Une dépression réactionnelle à de mauvaises conditions de travail**

Les prémices de la plupart des ouvrages traitant du burnout prennent soin de bien le différencier de la dépression. Il s'agirait d'un ensemble de symptômes confinés à la sphère professionnelle, l'individu restant exempt de symptômes dépressifs dans les différents domaines de la sphère privée. La réalité est loin de ce tableau dichotomique. Chez plus de 1500 professionnels français de l'anesthésie – réanimation, nous avons, comme Maslach ou d'autres [64,65], retrouvé une corrélation entre intensité de l'épuisement émotionnel mesuré par le MBI et le score Hands (un score de dépression) [57]. Dans un travail récent, une équipe estimait d'ailleurs que la comparaison d'individus en burnout avec des patients en dépression majeure n'est pas en faveur de l'existence de deux entités nosologiques séparées [66]. Malgré les avis contraires, il n'y a donc pas véritablement d'éléments factuels pour exclure le burnout d'un syndrome dépressif réactionnel à l'exposition chronique à de mauvaises conditions de travail. On comprend intuitivement que c'est précisément la porosité entre vie privée et travail qui est l'un des éléments de l'épuisement professionnel. Notre étude retrouve par exemple un effet protecteur de la vie en couple, de même qu'une étude montrait que l'absence de soutien conjugal était liée au burnout chez des professeurs américains [67]. Inversement, le stress au travail déteint rapidement sur l'ambiance familiale. Enfin, nous avons observé, comme d'autres [68], une corrélation entre antécédents de maladie mentale et sévérité du burnout [57]. De même une étude récente montre une altération des processus émotionnels en cas de burnout [69]. Cela ne fait pas de la personnalité ou des antécédents psychiques une cause de burnout, mais un facteur de fragilité [70].

### **Repérer le burnout**

La distribution du burnout dans une population donnée ne suit pas la loi du tout ou rien. Lorsqu'on énonce que telle population comporte 40% d'individus en burnout, il est implicitement entendu que 40% des individus dépassent un seuil donné à l'instrument de mesure utilisé. Christina Maslach a pourtant envisagé le MBI comme un outil d'étude, pas un instrument diagnostique. En effet, des seuils de burnout faible, intermédiaire ou élevé, dans chacune des trois dimensions mesurées par le MBI n'ont pas beaucoup de pertinence clinique. Dans notre étude publiée en 2013, 10 % seulement des professionnels de l'anesthésie – réanimation avaient des scores faibles au MBI et 6%, des scores élevés au trois composantes mesurées. Entre ces classes extrêmes se distribuaient trois autres

classes de burnout croissant, donnant à la distribution globale une allure en cloche typique d'une répartition gaussienne des symptômes.

Ainsi, annoncer que 30, 40 ou 60% d'une population souffre de burnout n'a de sens qu'à titre de comparaison entre elles de différentes professions, classes d'âge, appartenance à un sexe ou à l'autre, expositions à un facteur de risque, etc. Un tel résultat ne donne en revanche aucune information exploitable sur le nombre d'individus inaptes à continuer à exercer leur profession ou, pire, exposés à un risque imminent de décompensation, suicidaire par exemple. D'autre part, les différents tests donnent des pourcentages de burnout différents <sup>[59]</sup>, et un même test, comme le MBI, n'est pas toujours utilisé avec les mêmes valeurs seuils ! Force est par conséquent de recommander aux collectifs de travail d'implémenter une mesure régulière du MBI (ou de tout autre test) lors de visites, obligatoires, de médecine du travail, pour observer une tendance à l'aggravation ou à l'amélioration.

Une des caractéristiques du syndrome est que l'individu ignore ou préfère ignorer son état, dans un déni qui fait partie intégrante des symptômes dépressifs d'autodépréciation ou de culpabilité, ou encore par peur de compromettre son avenir professionnel <sup>[71]</sup>. En dehors de scores alarmants au MBI ou ses équivalents, c'est l'entourage qui sera alerté par un cortège socio-clinique évocateur : fatigue chronique qui est souvent le premier symptôme, irritabilité, défauts de concentration, troubles du sommeil, repli sur soi, conflits avec les collègues, les patients ou la hiérarchie, symptômes anxio-dépressifs. Mais d'authentiques troubles somatiques (TMS, ulcères gastriques, hypertension artérielle, etc.) ne sont pas moins évocateurs et devront faire rechercher un mal-être chronique au travail. Ailleurs, c'est la répétition d'arrêts de travail de courte durée qui devra mettre la puce à l'oreille. Ils sont souvent prémonitoires d'un problème plus grave en rapport avec le travail : épuisement chronique au cours duquel l'individu ne parvient plus à « retrouver son souffle », situation de harcèlement, etc. Le présentisme n'est pas moins inquiétant. L'individu qui n'arrive pas, le soir, à quitter son lieu de travail, ou qui passe ses week-ends à l'hôpital, est également suspect d'être en mal-être.

### **Que faire ?**

Dans certaines institutions se sont mises en place, sous l'impulsion de cliniciens engagés, des consultations « souffrance au travail ». Depuis octobre 2013, grâce au travail du docteur Max Doppia et de la commission SMART (santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail) qui œuvre dans le cadre du CFAR, un numéro vert (depuis 2017 : 08 05 23 23 36) a été mis à la disposition de tout professionnel français de l'anesthésie réanimation, médecin anesthésiste réanimateur (MAR), ou infirmière (IADE), mais également des proches. Cette ligne disponible 24h sur 24, 7 jours sur 7, donne accès dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel à des ressources ad hoc : psychiatre, médecin du travail, service d'addictologie, mais aussi syndicat, avocat ou autre, en fonction des cas de figure. Plus récemment un numéro dédié (0800 288 038) a été mis en place par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

En cas de détérioration de l'état psychique du soignant, un arrêt de travail sera inévitable. Le médecin du travail ou tout autre praticien consulté par l'individu en souffrance peut initier le processus. La prescription d'un arrêt de travail de courte durée (une à trois semaines) ne résout qu'exceptionnellement une situation qui perdure depuis plusieurs années le plus souvent <sup>[72]</sup>.

Un élément essentiel est la prise en charge par les thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui mettent en relation émotions et cognitions. Elles sont à l'origine de programmes de gestion du stress en milieu professionnel et des techniques dites de *coping*

[30,73] qui permettent à l'individu de "faire face". Plusieurs voies peuvent être explorées, comme les techniques de relaxation et de biofeedback, qui permettent de gérer la tension musculaire et les troubles neurovégétatifs déclenchés par le stress, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) qui analyse les écueils que sont l'évitement ou l'hypercontrôle, et les techniques de méditation. La méditation repose sur un ensemble de techniques ou exercices qui génèrent concentration, paix intérieure, relaxation physique et mentale, propices à l'apaisement des ruminations qui envahissent la pensée. Issue dans les années 70 du rapprochement entre l'expérience bouddhiste et le développement des neurosciences, la méditation dite de pleine conscience (*mindfulness*), semble particulièrement intéressante [74,75,76].

## Prophylaxie du burnout

Dans certains cas, le burnout d'un individu symptomatique d'une équipe malade est la conséquence de conditions organisationnelles [77]. C'est ce qui explique l'aspect épidémique de certains burnout. Dans ces cas, il s'agit à la fois de traiter les symptômes d'épuisement professionnel au niveau de l'individu et du collectif de travail [78] et de mettre en place des méthodes managériales qui respectent la personne humaine. La reconnaissance témoignée est la meilleure prévention du burnout [79]. L'amélioration de la communication tient une place particulière [80], de même que celle de l'intelligence émotionnelle [81] et du mentoring [82]. Chaque membre de l'équipe doit avoir un droit de regard dans l'organisation de son propre travail et les managers doivent apprendre que tout décider pour leurs subordonnés les expose eux-mêmes fortement au burnout. L'organisation de groupes de parole (comme les groupes *Balint*) n'est pas une tradition française ; elle a pourtant fait ses preuves outre-Atlantique pour gérer les conflits et prévenir le stress post-traumatique [30]. Enfin, une étude récente publiée dans le *New England Journal of Medicine* rapporte que 30% des internes ont été victimes de harcèlement [83] qui est donc une cible privilégiée des comportements à éradiquer dans notre profession.

## Conclusion

La seule façon de diminuer les pourcentages alarmants de fatigue, de stress et de burnout dans nos professions est de réintroduire ce que d'aucun nomment une écologie humaine et qui se conjugue dans le milieu professionnel avec bienveillance et reconnaissance [84]. L'enjeu majeur des prochaines années sera de mettre en place des approches individuelles de prise en charge des personnes en burnout, mais surtout, au-delà, d'évoluer d'une logique curative, vers une logique préventive de la souffrance au travail [85].

## Références

- 1 Villafranca A, Fast I, Jacobsohn E. Disruptive behavior in the operating room: prevalence, consequences, prevention, and management. *Curr Opin Anaesthesiol* 2018; 31: 366-374.
- 2 Gaba DM, Howard SK, Jump B. Production pressure in the work environment. California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anesthesiology* 1994 ; 81 : 488-500.
- 3 Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 1249-55.
- 4 West CP, Huschka MM, Novotny PJ et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study. *JAMA* 2006; 296: 1071-1078



- 5 Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Ann Surg* 2010; 251: 995-1000.
- 6 Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336: 488-91.
- 7 Lyznicki JM, Doege TC, Davis RM, Williams MA. Sleepiness, driving and motor vehicle crashes. *JAMA* 1998 ; 279 : 1908-1913.
- 8 Morris GP, Morris RW. Anaesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of the Australian incident monitoring study 1987-1997. *Anaesth Intensive Care* 2000 ; 28 : 300-304.
- 9 Howard SK, Rosekind MR, Katz JD, Berry AJ. Fatigue in anesthesia: implications and strategies for patient and provider safety. *Anesthesiology* 2002 ; 97 : 1281-94.
- 10 Steele MT, Ma OJ, Watson WA, Thomas HA. Emergency medicine residents' shiftwork tolerance and reference. *Acad Emerg Med* 2000 ; 7 : 670-3.
- 11 Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2003 ; 90 : 333-7.
- 12 Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW et al. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *N Engl J Med* 2004 ; 351; 1838- 1848.
- 13 Gander PH, Merry A, Millar M et al. Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. *Anaesth Intensive Care* 2000 ; 28 : 178-183.
- 14 Folkard S, Tucker P. Shift work, safety and productivity. *Occupational Medicine* 2005 ; 53 : 95-101.
- 15 Dunn LK1, Kleiman AM, Forkin KT, et al. Anesthesiology Resident Night Float Duty Alters Sleep Patterns: An Observational Study. *Anesthesiology* 2019; 131: 401-409.
- 16 Stryjewski G, Slonim AD. Who says you're too tired? *Crit Care Med* 2002 ; 30 : 2396-7.
- 17 Howard SK, Gaba DM, Smith BE et al. Simulation study of rested versus sleep-deprived anesthesiologists. *Anesthesiology* 2003 ; 98 : 1345-55.
- 18 Williamson JA, Webb RK, Szekely S, Gillies ER, Dreosti AV. The Australian Incident Monitoring Study. Difficult intubation: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care* 1993 ; 21 : 602-7.
- 19 Friedman RC, Bigger TJ, Kornfeld DS. The intern and sleep loss. *N Engl J Med* 1971 ; 285 : 201-203.
- 20 Aya AG, Mangin R, Robert C, Ferrer JM, Eledjam JJ. Increased risk of unintentional dural puncture in night-time obstetric epidural anesthesia. *Can J Anaesth* 1999 ; 46 : 665-9.
- 21 Marquié JC, Tucker P, Folkard S, Gentil C, Ansiau D. Chronic effects of shift work on cognition: findings from the VISAT longitudinal study. *Occup Environ Med* 2015; 72: 258-64.
- 22 Lieu SJ, Curhan GC, Schernhammer ES, Forman JP. Rotating night shift work and disparate hypertension risk in African-Americans. *J Hypertens* 2012; 30: 61-6.
- 23 Steele MT, Ma OJ, Watson WA, Thomas HA Jr, Muelleman RL. The occupational risk of motor vehicle collisions for emergency medicine residents. *Acad Emerg Med* 1999 ; 6 : 1050-3.
- 24 Halpern SD. Post-Call Accidents. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 1491.
- 25 West CP, Tan AD, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents. *Mayo Clin Proc* 2012; 87: 1138-44.
- 26 Barger LK, Cade BE, Ayas NT et al. Extended Work Shifts and the Risk of Motor Vehicle Crashes among Interns. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 125-34.
- 27 Lockley SW, Cronin JW, Evans EE et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004 ; 351 : 1829-37.
- 28 Coburn M, Henzler D, Baumert JH, Fimm B, Druke B, Rossaint R. Influence of a 30-min break on divided attention and working memory in resident anaesthetists on daily routine. *Br J Anaesth* 2006 ; 97 : 315-9.
- 29 Mion G, Ricouard S. Repos de sécurité : quels enjeux ? *Ann Fr Anesth Réa* 2007 ; 26 : 638-648.
- 30 Larsson J, Sanner M. Doing a good job and getting something good out of it: on stress and well-being in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2010 ; 105 : 34-7.
- 31 Dejours C, Gernet I. *Psychopathologie du travail*. Collection Psychopathologie, Editions Elsevier Masson : Issy les Moulineaux, 2012, 155 pages.
- 32 Servant D. *Le stress au travail. Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives. Pratiques en psychothérapie, Santé psy et travail*, Elsevier Masson : Issy les Moulineaux, 2013.
- 33 Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM, Durieux ME. The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. *Anesth Analg* 2012; 114: 596-603.
- 34 Mata DA, Ramos MA, Bansal N et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2015; 314: 2373-83.
- 35 Golonka K, Gawlowska M, Mojsa-Kaja J, Marek T. Psychophysiological Characteristics of Burnout Syndrome: Resting-State EEG Analysis. *Biomed Res Int* 2019; 2019:3764354.
- 36 Coursoux P, Lehucher-Michel MP, Marchetti H, Chaumet G, Delliaux S. Burnout syndrome: a "true" cardiovascular risk factor. *Presse Med* 2012; 41: 1056-63.

- 
- 37 Lin PY, Wang JY, Shih DP, Kuo HW, Liang WM. The Interaction Effects of Burnout and Job Support on Peptic Ulcer Disease (PUD) among Firefighters and Policemen. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16. pii: E2369.
  - 38 Cholongitas E, Pipili C. Impact of burnout syndrome on gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome in health care workers. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:209-10.
  - 39 Kitaoka-Higashiguchi K, Morikawa Y, Miura K et al. Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study. *J Occup Health* 2009; 51: 123-31.
  - 40 Virtanen M, Stansfeld SA, Fuhrer R, Ferrie JE, Kivimäki M. Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PLoS One* 2012; 7: e30719.
  - 41 Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, et al. Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J* 2010; 31: 1737-44.
  - 42 Katz JD. Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. *Anesth Analg* 2004; 98: 1111-3.
  - 43 Zhang HF, Li FX, Lei HY, Xu SY. Rising sudden death among anaesthesiologists in China. *Br J Anaesth* 2017; 119: 167-169.
  - 44 Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 274-9.
  - 45 Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 2295–302.
  - 46 Dutheil F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019; 14: e0226361.
  - 47 Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93: 922-30.
  - 48 Yentis SM, Shinde S, Plunkett E, Mortimore A. Suicide amongst anaesthetists - an Association of Anaesthetists survey. *Anaesthesia* 2019; 74: 1365-1373.
  - 49 Maier C, Iwunna J, Tsokos M, Mußhoff F. Deaths from propofol abuse : Survey of institutes of forensic medicine in Germany, Austria and Switzerland. *Anaesthesist* 2017; 66: 109-114.
  - 50 Schonwald G, Skipper GE, Smith DE, Earley PH. Anesthesiologists and substance use disorders. *Anesth Analg* 2014; 119: 1007-10.
  - 51 <https://cfar.org/sante-au-travail-smart/contact-addictologue/>
  - 52 Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. It's time to be proactive about stress – and prevent it. *BMJ* 2003 ; 326 : 670-671.
  - 53 Canouï P, Mauranges A. Le burnout à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4e édition, Elsevier-Masson, Paris, 2008 ; 240 pages.
  - 54 Dejours C. Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Editions du Seuil, Collection Points Essais, Paris, 1998 ; 239 pages.
  - 55 Embriaco N, Azoulay E, Barrau K et al. High level of burn out in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007 ; 175 : 686-692.
  - 56 Doppia MA, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T; comité de pilotage de l'enquête SESMAT. Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011 ; 30 : 782-94.
  - 57 Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation - Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Réanim* 2013 ; 32 : 175 - 188.
  - 58 Panagioti M, Geraghty K, Johnson J et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018; 178: 1317-1330.
  - 59 Verougstraete D, Hachimi Idrissi S. The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review. *Acta Clin Belg* 2020 ; 75: 57-79.
  - 60 Mikalauskas A, Benetis R, Širvinskas E et al. Burnout Among Anesthetists and Intensive Care Physicians. *Open Med (Wars)* 2018; 13: 105-112.
  - 61 Vincent L, Brindley PG, Highfield J, Innes R, Greig P, Suntharalingam G. Burnout Syndrome in UK Intensive Care Unit staff: Data from all three Burnout Syndrome domains and across professional groups, genders and ages. *J Intensive Care Soc* 2019; 20: 363-369.
  - 62 Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019; 246: 132-147.
  - 63 Hyman SA, Shotwell MS, Michaels DR et al. A Survey Evaluating Burnout, Health Status, Depression, Reported Alcohol and Substance Use, and Social Support of Anesthesiologists. *Anesth Analg* 2017; 125: 2009-2018.
  - 64 Wurm W, Vogel K, Holl A et al. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLoS One* 2016; 11: e0149913.

- 
- 65 Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M, Gawłowska M, Marek T. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *Int J Occup Med Environ Health* 2019; 32: 229-244.
  - 66 Bianchi R, Boffy C, Hingray C, Truchot D, Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol* 2013 ; 18 : 782-7.
  - 67 De Oliveira GS Jr, Ahmad S, Stock MC. High Incidence of Burnout in Academic Chairpersons of Anesthesiology. Should We Be Taking Better Care of Our Leaders? *Anesthesiology* 2011; 114: 181-93.
  - 68 Silva AT, Menezes PR. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 : 921-9.
  - 69 Golonka K, Mojsa-Kaja J, Popiel K, Marek T, Gawłowska M. Neurophysiological Markers of Emotion Processing in Burnout Syndrome. *Front Psychol* 2017; 8: 2155. .
  - 70 Brown PA, Slater M, Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag* 2019; 12: 169-177.
  - 71 Doppia M-A, Torrielli R, Mion G, Leroy S, Steib A. Les attentes des anesthésistes réanimateurs pour une meilleure prise en compte des troubles de la santé au travail. Résultats partiels de l'enquête SMART du CFAR. *SFAR* 2010, R423.
  - 72 Hoefsmit N1, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil* 2012 ; 22 : 462-77.
  - 73 Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O. Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub* 2011 ; 23 : 389-95.
  - 74 Berghmans C. Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience. Collection Pratiques en psychothérapie, Editions Elsevier Masson : Issy les Moulineaux, 2010, 190 pages.
  - 75 Moody K, Kramer D, Santizo RO et al. Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology-a pilot program. *J Pediatr Oncol Nurs* 2013 ; 30 : 275-84.
  - 76 Lebares CC, Guvva EV, Olaru M, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Training in Surgery: Additional Analysis of the Mindful Surgeon Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2019; 2: e194108.
  - 77 Sillero A, Zabalegui A. Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2018; 14: 132-142.
  - 78 Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M et al. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract* 2013 ; 14 : 173.
  - 79 Vinet A. Travail, organisation et santé : le défi de la productivité dans le respect des personnes. Les presses de l'Université Laval, Saint-Nicolas, Québec, 2004 ; 390 pages.
  - 80 Wiederhold BK, Ciproso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open Med (Wars)* 2018; 13: 253-263.
  - 81 Milenovic MS, Matejic BR, Simic DM, Luedi MM. Burnout in Anesthesiology Providers: Shedding Light on a Global Problem. *Anesth Analg* 2020; 130: 307-309.
  - 82 McCrossan R, Stacey K, Redfern N. Time to extinguish burnout. *Anaesthesia* 2019; 74: 1215-1218.
  - 83 Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, et al. Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *N Engl J Med* 2019; 381: 1741-1752.
  - 84 Walsh G, Hayes B, Freaney Y, McArdle S. Doctor, how can we help you? Qualitative interview study to identify key interventions to target burnout in hospital doctors. *BMJ Open* 2019; 9: e030209.
  - 85 Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ. To Care Is Human - Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. *N Engl J Med* 2018; 378: 312-314.