



Article original

## Facteurs associés au *burnout* en anesthésie–réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation

### *Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care*

G. Mion<sup>a,\*</sup>, N. Libert<sup>b</sup>, D. Journois<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Pôle anesthésie–réanimations thorax exploration, groupe hospitalier Cochin–Broca–Hôtel-Dieu, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France

<sup>b</sup> Service de réanimation, hôpital d'instruction d'armées du Val-de-Grâce, 74, boulevard de Port-Royal, 75005 Paris, France

<sup>c</sup> Service d'anesthésie–réanimation, hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris Descartes, 20, rue Leblanc, 75908 Paris cedex, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 juin 2012

Accepté le 14 décembre 2012

#### Mots clés :

Burnout

MBI

Fatigue

Sommeil

Dépression

Drogue

Alcool

Psychotrope

Repos de sécurité

Accident

#### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Évaluer les facteurs liés au *burnout* en anesthésie–réanimation.

**Type d'étude.** – Observationnelle prospective nationale.

**Matériels et méthodes.** – Questionnaire en ligne du 3 juin 2009 au 27 août 2009 : Maslach Burnout Inventory (MBI), échelles Fast Alcohol Consumption Evaluation (FACE) et The Harvard National Depression Screening Day Scale (HANDS), questions évaluant santé, travail et vie personnelle.

**Résultats.** – Au total, 1603 réponses : 1091 médecins anesthésistes (67,6 %), 241 réanimateurs (14,9 %), 204 infirmiers anesthésistes diplômés d'état, interne (IADE) (12,6 %), urgentistes (2,8 %), cadres (0,9 %). CHU (47,3 %), CHG/CHR (16,1 %), privé (25,1 %), PSPH (4,4 %), hôpitaux militaires (4,6 %). Repos de sécurité : prévu dans 69,2 % des cas. Accident après une garde : 19,1 %. Dépression : 38,7 %. Consommation de substances psychoactives : 10,6 %. Alcoolodépendants : 10,6 %. Parmi eux, 62,3 % des individus étaient en *burnout*. Il existait un lien entre *burnout* et sommeil fragmenté ( $p < 0,00001$ ), conflits ( $p < 0,00001$ ), perception du repos de sécurité dans l'équipe ( $p < 0,02$ ), santé mentale antérieure ( $p < 0,00001$ ), pensées suicidaires ( $p < 0,00001$ ), dépression ( $p = 0,00001$ ), prise d'alcool ( $p < 0,002$ ), de drogues ( $p < 0,00002$ ), endormissements au volant ( $p < 0,05$ ), accidents après une garde ( $p < 0,05$ ) et intention de quitter la profession ( $p < 0,00002$ ). La vie en couple avait un effet protecteur ( $p < 0,005$ ). En régression logistique, sept covariables restaient indépendamment liées au *burnout* : qualité du travail, de la vie privée et fatigue, dépression, conflits avec les collègues et les patients, regret du choix de la spécialité.

**Conclusion.** – Cette étude confirme l'existence d'une proportion élevée de *burnout* dans la plus importante cohorte de personnels d'anesthésie–réanimation décrite en France. Une meilleure connaissance des tenseurs par les équipes et les responsables institutionnels peut faciliter la prévention du syndrome.

© 2013 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

**Objective.** – To assess factors related to burnout in anesthesia and intensive care.

**Design.** – National prospective observational study.

**Materials and methods.** – Questionnaire posted on the French Society of anesthesia website from 3rd June 2009 to 27th August 2009: Maslach Burnout Inventory (MBI), Fast Alcohol Consumption Evaluation (FACE) and The Harvard National Depression Screening Day Scale (HANDS) scales and questions to assess health, work and personal life.

**Results.** – One thousand six hundred and three questionnaires returned: 1091 anesthesiologists (67.6%), 241 intensivists (14.9%), 204 nurses (12.6%), emergency physicians (2.8%), supervisor nurses (0.9%). Seven hundred and sixty three in a university hospital (47.3%), 259 in a regional hospital (16.1%), 405 in a private structure (25.1%), 71 in a non-lucrative private structure (4.4%), 75 in a military hospital (4.6%). Rest of safety: 69.2% of institutions. Depression: 38.7%. Drug or chemicals addicted: 10.6%. Alcohol

#### Keywords:

Burnout

MBI

Fatigue

Sleep

Depression

Drugs

Alcohol

Psychotropic treatment

Rest of safety

Accident

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : georges.mion@bbox.fr (G. Mion).

addicts: 10.6%. Among them, 62.3% of individuals were in burnout. Burnout was linked to fragmented sleep ( $P < 0.00001$ ), interpersonal conflicts ( $P < 0.00001$ ), perception of rest of safety ( $P < 0.02$ ), mental history ( $P < 0.00001$ ), suicidal ideations ( $P < 0.00001$ ), depression ( $P = 0.00001$ ), alcohol ( $P < 0.002$ ), drug consumption ( $P < 0.00002$ ), and accidents after a nightshift ( $P < 0.05$ ). Subjects in burnout intended more frequently to leave the profession ( $P < 0.00001$ ). Leaving in couple had a protective effect ( $P < 0.005$ ). The logistic regression model retained seven covariates independently associated with burnout: quality of work, of personal life, of fatigue, depression, conflicts with colleagues and patients, regretting the choice of specialty.

**Conclusion.** – This study of the largest cohort of anesthesia personnel performed in France detects a high proportion of burnout. It highlights links with tensors that may constitute possibilities of prevention of the burnout syndrome.

© 2013 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Identifié dès 1959 en France par Claude Veil, le « *burnout syndrome* » (BOS) ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants a été décrit en Amérique du Nord dans les années 1970. La description princeps d'Herbert Freudenberger relevait un sentiment d'échec chez des individus très investis dans leur métier et un épuisement physique qui « consommait » le soignant.

Ce syndrome de souffrance psychologique résulte des interactions entre l'individu et le milieu professionnel, par lesquelles, de structurant, le travail devient destructeur. Le *burnout*, qui renvoie à l'image de la combustion totale d'une réserve de carburant [1], n'a rien à voir avec le stress aigu : il résulte de contraintes chroniques qui dépassent les capacités d'adaptation des individus [2] et s'installe en deux à cinq ans. La spécificité du contexte de travail, la réification (chosification) du patient, attitude indifférente qui peut aller jusqu'au cynisme et le sentiment d'échec focalisé sur le métier le démarquent de la dépression [3]. Il résulterait d'un déséquilibre entre l'investissement du soignant, ses aspirations excessives (c'est le syndrome d'Icare) et l'insuffisance de reconnaissance perçue.

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) est l'instrument de référence pour mesurer les trois dimensions du BOS : épuisement émotionnel, déshumanisation de la relation au patient et perte du sentiment d'accomplissement personnel [4].

Des travaux ont montré une relation entre BOS et diminution de la qualité de vie, altération de la santé physique, notamment cardiovasculaire [2,5], survenue d'idées suicidaires [6] ou encore augmentation des erreurs médicales [7]. En France, contrairement aux pays anglo-saxons, à l'Espagne ou à la Belgique, le milieu de l'urgence, de l'anesthésie et de la réanimation a longtemps tenu ce problème à distance sur le mode du déni. Ce n'est que récemment que les anesthésistes-réanimateurs français ont commencé à publier des travaux évaluant l'incidence du BOS dans leur milieu [8,9]. C'est dans ce contexte qu'un questionnaire destiné à évaluer les éléments en lien avec le *burnout* dans une large cohorte des milieux de l'anesthésie-réanimation et de l'urgence a été mis en ligne sur le site de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) entre le 3 juin 2009 et le 27 août 2009. Il visait à préciser les facteurs sociologiques, l'importance de la fatigue et de ses conséquences, l'impact de la prise du repos de sécurité [10], ainsi que le lien entre BOS, santé mentale et addictions.

## 2. Matériels et méthodes

### 2.1. Description du questionnaire

Afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible de la population en anesthésie, réanimation et urgences en France, tous les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), les cadres et les

infirmiers anesthésistes diplômés d'état, interne inscrits à la Sfar ont été invités par courriel à répondre à une enquête publiée sur le site internet de la Sfar (<http://sfar.org>). Le site présentait également une invitation à participer en cliquant directement sur un lien. Le questionnaire (Annexe 1) avait été dimensionné de manière à pouvoir être rempli en 10 minutes environ.

La première partie portait sur des données démographiques : âge, sexe, statut marital et nombre d'enfants, mode d'exercice (anesthésiste, réanimateur, urgentiste, IADE, cadre), statut professionnel (interne, chef de clinique adjoint [CCA], praticien hospitalier [PH], professeur, autre) et lieu d'exercice (CHU, CHG/CHR, structure privée, établissement privé à but non lucratif [PSPH], hôpital d'instruction des armées [HIA]).

La seconde partie recueillait des données sur la charge de travail (présence à l'hôpital, activité clinique et non clinique, nombre mensuel de gardes et d'astreintes) et sur l'application effective ou non du repos de sécurité, ainsi que sur son ressenti. Elle interrogeait également le répondant sur son moyen de transport et sur la survenue éventuelle d'un endormissement au volant dans l'année précédente ou d'un accident de la circulation en sortant de garde.

La troisième recueillait des données sur le *burnout*, la santé mentale (dépression, anxiété, idées ou tentatives de suicide, prise de traitement psychotrope), la détérioration du sommeil (échelle de fréquence allant de 0 à 3), la santé physique et les addictions (drogue, tabac, alcool, café). En raison d'une erreur lors de la mise en ligne, la case à cocher correspondant à la consommation d'héroïne n'avait pas été affichée. Trois scores ont été utilisés : celui de Maslach (MBI) [4], l'échelle Fast Alcohol Consumption Evaluation (FACE) de dépistage de l'addiction alcoolique [11] et l'échelle The Harvard National Depression Screening Day Scale (HANDS) de dépistage de la dépression [12].

La quatrième partie contenait des items relatifs au vécu professionnel : tensions ressenties dans les rapports sociaux au travail (supérieurs hiérarchiques, collègues, patients), perception de la charge de travail, crainte de faire une erreur médicale et de ses conséquences.

La dernière partie était consacrée à des items plus personnels : existence d'activités extraprofessionnelles, remise en cause du choix de la spécialité, désir de quitter prématurément la profession. Cette dernière partie évaluait par quatre échelles subjectives de type Échelle visuelle analogique (EVA) (cotées de 0 à 10) la satisfaction dans la vie personnelle, la satisfaction globale au travail et la sensation globale de fatigue dans la période où avait lieu l'évaluation et en moyenne sur l'année précédant la réponse au questionnaire.

### 2.2. Maslach Burnout Inventory

Maslach et Jackson ont élaboré le MBI qui est actuellement l'instrument de mesure de référence du BOS, dont il permet

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745733>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745733>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)