



HAL
open science

Étude REPAR: Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésie-Réanimation en France par auto-questionnaire

Barnabé Berger

► **To cite this version:**

Barnabé Berger. Étude REPAR: Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésie-Réanimation en France par auto-questionnaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02274126

HAL Id: dumas-02274126

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274126>

Submitted on 29 Aug 2019

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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix***M**arseille Université

**Étude REPAR : Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésie-
Réanimation en France par auto-questionnaire**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 29 Mai 2019

Par Monsieur Barnabé BERGER

Né le 4 février 1991 à Courbevoie (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. d'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ALBANÈSE Jacques

Président

Monsieur le Professeur MICHEL Fabrice

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) GUIDON Catherine

Assesseur

Monsieur le Professeur VELLY Lionel

Assesseur

Monsieur le Docteur CUNGI Pierre-Julien

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix*Marseille Université

**Étude REPAR : Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésie-
Réanimation en France par auto-questionnaire**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 29 Mai 2019

Par Monsieur Barnabé BERGER

Né le 4 février 1991 à Courbevoie (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. d'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ALBANÈSE Jacques

Président

Monsieur le Professeur MICHEL Fabrice

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) GUIDON Catherine

Assesseur

Monsieur le Professeur VELLY Lionel

Assesseur

Monsieur le Docteur CUNGI Pierre-Julien

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Monsieur le Professeur Jacques Albanèse

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Merci pour votre bienveillance pendant les semestres que j'ai passés dans vos services.
Merci de m'accueillir au sein de vos équipes.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma profonde estime.

Madame le Docteur Catherine Guidon

J'ai le privilège de vous compter parmi les membres de mon jury,
Merci de m'avoir accueilli et formé le temps d'un semestre dans votre service.
Votre relationnel avec vos patients et votre équipe sont pour moi des exemples.
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Lionel Velly

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury et de juger mon travail de thèse.
Merci de nous apporter votre expertise et votre aide dans notre projet.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Fabrice Michel

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury.
Merci pour votre disponibilité et votre bonne humeur.
Merci pour vos enseignements en anesthésie pédiatrique.
Veuillez trouver ici l'expression de ma grande estime.

Monsieur le Docteur Pierre-Julien Cungi

C'est un honneur et un privilège que d'avoir exécuté ce travail sous ta direction.
Merci pour ta disponibilité, ta patience et ton aide dans la réalisation de ce projet.
Ta puissance de travail, ta sérénité dans les moments difficiles et ton ouverture d'esprit sont pour moi des modèles.

A ceux qui ont rendu cette étude possible :

A Charlotte Kelway, merci pour ton aide dans ce travail. Au très beau couple que vous formez avec PJ. Je vous souhaite à votre famille, animaux inclus, beaucoup de bonheur.

Aux membres du comité SMART du CFAR, tout particulièrement au Dr. Ségolène Arzalier et au Dr. Thomas Lieutaud : merci à tous les deux pour votre temps et vos précieux conseils.

Aux associations et syndicats qui ont permis la diffusion de notre enquête, la SFAR et son comité SFAR jeunes, l'AJAR, le SNJAR, le SNPHARE, l'AAL...

A tous les médecins anesthésistes-réanimateurs qui ont répondu à notre enquête.

A mes maîtres et collègues au travail :

Aux équipes d'anesthésie pédiatrique de la Timone qui m'ont appris les fondamentaux du métier. Au Dr. Isabelle Suprano pour son implication personnelle.

Aux équipes de la réanimation d'Aubagne, aux docteurs Scemama, Heisel, Darchen, Almosnino, Darrieussecq, Delalande... puisse votre excellent état d'esprit rester imprégné dans ma pratique quotidienne.

Aux équipes d'anesthésie-réanimation des centres hospitaliers d'Aix-en-provence et de Toulon, tout particulièrement aux Dr. Serge Masi, Dr. Geay, Dr. Henry, Dr. Corno et Dr. Ducros.

Aux équipes d'anesthésie-réanimation du SAR 3, de la RPPF, de la réanimation des grands brûlés, des blocs opératoires de la Conception et de Sainte-Marguerite. Au Dr. Delahaye pour m'avoir transmis le goût de l'ALR. A Vincent, Mika, Marie : merci de m'accueillir parmi vous.

Aux MAR de l'HIA Sainte-Anne qui m'ont appris à me surpasser. Parce qu'eux, à Toulon, ...

Aux équipes de l'URCV, merci pour vos enseignements. L'esprit d'équipe au sein de votre unité est un modèle. Au Dr. Pernoud. A David, Benoît et Delphine.

Aux équipes d'anesthésie-réanimation de l'Institut Paoli-Calmettes : la qualité de vos soins et la qualité de l'environnement que vous avez créées pour vos patients sont exemplaires.

A mes co-internes qui ont rempli cet internat de bons moments : Béa, Lola, Pauline, Antoine, Loïc, Michaël, Manuela, Raphaëlle, Cécilia, Jérémy, César, Arthur, Marion, Julien et Julien, Mathilde, Gabrielle, Alisée, Lilia, Camille, Giovanni, Benjamin, Thibaut...

A ma famille :

A mes parents, qui m'ont donné l'amour et les valeurs. Merci pour votre soutien sans faille. Je vous dédie ce travail.

A mes frères, Baptiste et Jean-Didier et à notre complicité. Si j'en suis là c'est aussi grâce à vous.

A Virginie, à Robin et à Florent, pour ces moments ressourçant en famille.

A mes grands-parents, Poupa, Mouma : cette réussite c'est le fruit de votre amour. A ma mamie.

A Martine et Jeff, à Julie et à mamie Loustau : merci de m'avoir accueilli dans votre famille.

A mes amis :

A Samir, mon frère, mon confident. Merci pour ton soutien depuis plus de dix ans, dans les épreuves universitaires comme dans les épreuves de la vie. A Hayat, qui te complète si bien, je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A Martin, ce monsieur pas si lambda. Quelques mots ne sauraient résumer la force de notre amitié.

A Steven, le show-man, le romantique, l'athlète mais surtout l'ami fidèle.

A Joly, nos rigolades me manquent, j'ai tellement hâte qu'on revoie ta mémé !

A Gégé l'ancien, à ces bons moments passés ensemble, de Barcelone à Marseille, et à ceux à venir.

A Ronan, Yanic, Bidou, parce que loin des yeux ne veut pas toujours dire loin du cœur, okay ?

Aux navalais, Juju, Candide, Claire, Carole... à la promotion 2008.

A Maximilien, qui a été déterminant dans ma vie professionnelle mais aussi personnelle. Tu as été un excellent sénior et m'a appris la « couscous anesthésie », mais tu es surtout devenu un ami.

A Tazia, Théo, Florence et Vincent, puissent nos soirées perdurer

A Jojo, l'internat n'aurait pas été le même sans toi. Merci de m'avoir aidé à pousser certaines portes.

A Santé Navale,

A Emeline,

Mon soleil, merci pour ton soutien dans ce long parcours. Merci d'endurer avec moi toutes les contraintes de ce métier qui devient le mien. Tu es la plus belle personne que je connaisse et un merveilleux médecin. Un beau jour, je l'espère, tu seras la meilleure maman du monde.

A notre boule de poils, qui m'a soutenu moralement en étant sur mes genoux tout au long de l'écriture de ce travail. Elle mériterait d'être dans les auteurs.

SOMMAIRE

Introduction	3
Matériels et méthodes	5
1. <u>Protocole de l'étude</u>	5
2. <u>Réalisation du questionnaire</u>	5
2.1. Revue de la littérature	5
2.2. Facteurs de risque et prévention du SdEP	6
2.3. Elaboration des questions et données recueillies	8
2.3.1. Caractéristiques socio-démographiques	8
2.3.2. Evaluation du SdEP par le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	8
2.3.3. Environnement extra-professionnel et personnalité	9
2.3.4. Evaluation de l'humeur par le Major Depression Inventory (MDI)	9
2.3.5. Environnement professionnel et son vécu	9
2.3.6. Enquête d'opinion	9
2.3.7. Commentaire Libre	9
3. <u>Comparaison à une cohorte existante</u>	10
4. <u>Analyses statistiques</u>	10
Résultats	11
1. <u>Description de la population étudiée</u>	11
2. <u>Syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes-réanimateurs en France</u>	13
2.1. Incidence et sévérité	13
2.2. Autodiagnostic	15
2.3. Evolution	15
2.4. Analyse univariée des facteurs liés au SdEP	17
2.5. Analyse multivariée	20
3. <u>Santé physique et mentale</u>	21
4. <u>Cadre privé, sports et loisirs</u>	21
5. <u>Vie professionnelle</u>	22
6. <u>Enquête d'opinions</u>	24
7. <u>Commentaires libres</u>	25

8. <u>Analyse en sous-groupes</u>	25
8.1. Selon le sexe	25
8.2. Selon le mode d'exercice : publique ou privé	27
Discussion	29
1. <u>Résultat principal</u>	29
2. <u>Points fort et limites de cette étude</u>	29
3. <u>Le choix d'une échelle : le Copenhagen Burnout Inventory</u>	30
4. <u>Evolution du SdEP en anesthésie -réanimation : comparaison aux autres études nationales</u>	31
5. <u>Contraste avec les autres spécialités, les autres pays, les autres métiers</u>	32
6. <u>Facteurs de risques du SdEP chez les MAR en France</u>	33
6.1. Facteurs de risques liés au travail : modèle de Karasek.....	33
6.2. Facteurs de risques liés aux interactions sociales : modèle de Karasek et Theorell	35
6.3. Facteurs de risques liés à la récompense du travail : modèle de Siegrist	36
6.4. Facteurs de risque liés au terrain	38
6.5. SdEP et dépression	40
6.6. Facteurs de risques liés à l'hygiène de vie : la notion de résilience	41
6.7. Médecine du travail et médecin traitant	42
7. <u>Efficacité de l'autodiagnostic</u>	42
8. <u>Prévention du syndrome d'épuisement professionnel : proposition d'un <i>bundle</i></u>	43
Conclusion	44
Bibliographie	45
Annexe : questionnaire complet	50
Index des tableaux	54
Index des figures	54
Glossaire des abréviations	55

Introduction

Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel (SdEP) est décrit depuis presque un demi-siècle. Dépeint dès 1974 aux Etats-Unis par Herbert Freudenberger il correspond à la résultante chronique d'une situation de stress au travail, où les ressources d'un individu s'épuisent⁽¹⁾. Les travaux de Christina Maslach ont permis de poser une définition du SdEP portée par trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel au travail⁽²⁾. Ce syndrome ne bénéficie pas de définition officielle, ni dans le DSM-V ni dans la CIM-10, et cette définition est encore sujette à controverses. Un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2017 le définit comme : un «*épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel*»⁽³⁾.

Les conséquences du burnout sont graves, qu'elles soient individuelles ou collectives. Elles sont d'une part individuelles : plusieurs études ont souligné le lien du burnout avec l'augmentation du risque suicidaire⁽⁴⁻⁶⁾. Un lien serait établi entre le SdEP et l'addiction ou l'usage illicites des drogues^(3,7). Il serait aussi potentiellement à l'origine de nombreux troubles somatiques, allant de l'altération du sommeil jusqu'à l'augmentation du risque cardio-vasculaire^(8, 9). Il existe d'autre part des conséquences sociétales, le burnout constituant un réel enjeu de santé publique pour plusieurs raisons. Il est source d'absentéisme, majorant les coûts liés aux remplacements. Il augmente également l'intention de quitter la profession^(10,11): en 2011, l'enquête SESMAT relevait que 17% des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) interrogés déclaraient fréquemment vouloir abandonner leur profession, soit 61% des MAR ayant un score élevé de SdEP⁽¹²⁾. Le SdEP influence aussi la qualité de prise en charge et la sécurité du patient. Dans leur méta-analyse, incluant 82 études (soit plus de 210 000 professionnels) de santé, Salyers et al. mettent en évidence que les personnels de santé souffrant de SdEP peuvent procurer des soins de moins bonne qualité, et de sécurité réduite pour les patients⁽¹³⁾. Si ce travail regroupait des critères évalués le plus souvent selon les points de vue des soignants et des patients, comme l'impression de sécurité, il incluait également des critères objectifs, par exemple sur les événements indésirables, dont l'analyse confortait cette relation de cause à conséquence, certes d'ordre peu élevé mais très significatif. Ceci peut s'expliquer par une baisse de la motivation, de l'empathie et de l'attention des praticiens moins heureux dans leur travail⁽¹⁴⁾. En conséquence les patients sont moins satisfaits et les médecins présentant des scores élevés de SdEP se déclarent eux-mêmes plus à risque de faire des erreurs médicales, comme rapporté dans les études de Shanafelt et de West⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Il paraît urgent de mettre en place des mesures d'évaluation et de prévention du SdEP. Cela suppose au préalable de définir de manière consensuelle ce phénomène pour l'étudier et déterminer ses facteurs de risque pour ensuite proposer et tester des stratégies interventionnelles⁽¹⁹⁾.

Il convient de prendre garde à ne pas généraliser les observations réalisées soit dans d'autres professions, soit dans d'autres pays⁽²⁰⁻²³⁾. Comme toute autre, la spécialité d'anesthésiste-réanimateur présente des spécificités. Elle implique la gestion à répétition de situations de stress, avec une confrontation régulière à l'urgence, mais aussi à la douleur et à la mort. Elle impose aussi la gestion et le management des équipes médicales et paramédicales, et une interaction permanente avec les autres disciplines, chirurgicales et médicales^(9, 24, 25). Le fonctionnement des systèmes de santé, les mœurs, la culture, les croyances, peuvent modifier à la fois les déterminants mais aussi les conséquences du SdEP. Si la littérature étrangère est abondante sur le sujet du burnout, la littérature française est plus restreinte et encore plus rares sont les études portant spécifiquement sur l'anesthésie-réanimation. Peu d'études se sont ainsi intéressées spécifiquement à cette population médicale^(6, 12, 26). En 2011

Doppia et al. concluaient à un score élevé de SdEP chez 38 % des anesthésistes-réanimateurs et 42 % des autres praticiens, et s'interrogeaient : «pourtant soumis à de fortes contraintes de stress chronique, les AR ne sont pas plus touchés que les autres praticiens : cela relève peut-être d'une culture de métier très collective où le lien social au travail s'exprime» ⁽¹²⁾.

Les conditions de travail en anesthésie-réanimation ont évolué au cours des dix dernières années. Les données démographiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) montrent un vieillissement et une féminisation de la population médicale avec un effectif global en activité stable ⁽²⁷⁾. Les politiques nationales, depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) en 2009 ont réformé le fonctionnement et l'organisation territoriale du système de santé français en associant des objectifs de santé publique et des objectifs budgétaires. Dans le même temps de nombreux textes réglementaires, référentiels et avis d'experts sont venus encadrer nos pratiques : technicité, protocolisation, informatisation, obligation de traçabilité.... La combinaison de ces objectifs de soins pour nos patients, en qualité et en sécurité, à des objectifs gestionnaires et financiers ont pu entraîner une intensification du travail voire altérer le sens du travail ⁽²⁸⁾.

L'évaluation du SdEP repose sur des mesures subjectives et des enquêtes d'auto-évaluation. Les réponses à ces questions pour un même individu peuvent varier d'une année sur l'autre, voire même d'une journée à l'autre. En effet, Embriaco et al. ont par exemple montré un lien significatif entre le score du Maslach Burnout Inventory, évalué en réanimation, et le fait de répondre à leur enquête le lendemain d'une garde ⁽²⁹⁾. Il paraît donc intéressant de répéter les évaluations du SdEP dans le temps pour en obtenir une description plus juste.

Ces spécificités et l'évolution rapide de la spécialité justifient l'intérêt d'une nouvelle étude dédiée aux anesthésistes-réanimateurs en France. L'objectif principal de cette étude était de réévaluer l'incidence du syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes-réanimateurs en France. L'objectif secondaire était d'en rechercher les facteurs de risque.

Matériels et méthodes

1. Protocole de l'étude

L'enquête REPAR (Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésiste-Réanimation) est une étude observationnelle conduite en France sous la forme d'un auto-questionnaire. Ce questionnaire a été diffusé sur Internet par plusieurs sources afin de toucher la plus large population possible : sites internet, réseaux sociaux, listes de diffusions avec l'appui de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), de la SFAR jeune, du Collège Français d'Anesthésie-Réanimation (CFAR), des représentants universitaires régionaux, du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs élargi (SNPHARE), du Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs Non-Universitaires (SMARNU), du syndicat des anesthésistes libéraux (AAL), du Syndicat National des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs (SNJAR), de l'Association des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs (AJAR France). La population cible de cette enquête était les anesthésistes-réanimateurs seniors et internes, quel que soit leur mode d'exercice (anesthésie et/ou réanimation) et quel que soit leur lieu d'exercice (privé ou public, CHU, périphérie...), en France.

Le questionnaire était anonymisé. Une adresse mail était demandée afin d'éviter les doublons. L'accord de chaque participant était recueilli. Cette enquête suit les recommandations de la CNIL et les participants ont reçu les informations légales relatives à la collecte de données personnelles (loi « informatiques et libertés » et RGPD « Règle Générale pour la Protection des Données Personnelles »).

2. Réalisation du questionnaire

2.1. Revue de la littérature

Une revue de la littérature visait à identifier les facteurs de risque, les axes de prévention et les mesures interventionnelles déjà étudiés. Deux investigateurs ont effectué des recherches sur les bases PubMed, Embase, Google Scholar et Medline pour trouver les articles et ouvrages portant sur le SdEP en se limitant aux langues française et anglaise. Nous avons retenus en priorité les travaux concernant l'anesthésie-réanimation en France, puis avons élargi notre recherche à ceux concernant d'autres pays, d'autres spécialités voire d'autres métiers. Notre revue de la littérature pour l'élaboration du questionnaire analysait 82 études et travaux (mémoires et thèses) dont les dates publications étaient antérieures à décembre 2017.

2.2. Facteurs de risque et prévention du SdEP

Les facteurs de risques sont classés dans le tableau 1. Les axes de prévention sont classés dans le tableau 2 et sont répartis en deux catégories : les mesures individuelles et les mesures organisationnelles.

Nous avons défini les facteurs de risque ou les axes de prévention comme «identifiés» ou «probables» :

- «Identifiés» lorsqu'ils ont fait l'objet de résultats significatifs dans des études interventionnelles bien menées, dans des méta-analyses, ou dans des études observationnelles portant sur les anesthésistes-réanimateurs français à échelle nationale. Ces résultats sont concordants entre les études et ces facteurs de risques sont communément reconnus dans la littérature.
- «Probables» lorsque qu'il s'agit de résultats issus d'une ou plusieurs études observationnelles sur une autre population médicale (échelle locale, autre pays, autre discipline) ou lorsqu'ils ont été proposés soit sur une base théorique soit à l'issue d'une revue de la littérature.

Identifiés	<p>Sexe féminin ^(12, 26, 30).</p> <p>Internes / jeunes praticiens ^(12, 26, 31).</p> <p>Relations conflictuelles : chirurgiens, patients, collègues, familiales ^(12, 29).</p> <p>Charge de travail excessive ^{(12) (32) (33)}.</p>
Probables	<p>Manque de reconnaissance ⁽³⁰⁾.</p> <p>Manque d'autonomie ^(30, 34).</p> <p>Insatisfaction par rapport au salaire ⁽¹²⁾.</p> <p>Grande taille des équipes ⁽²⁶⁾.</p> <p>Profil émotionnel et traits de personnalité ⁽³⁵⁾.</p> <p>Facteurs génétiques ⁽³⁶⁾.</p> <p>Facteurs culturels : tabou, relation du médecin à sa propre santé ^(32, 37).</p> <p>Hygiène de vie et tendance à une attention insuffisante des médecins à celle-ci ⁽³²⁾.</p> <p>Manque de sommeil ^(6, 38).</p> <p>Manque d'activité physique ⁽³⁹⁾.</p>

Tableau 1: Epidémiologie du SdEP : facteurs de risques identifiés à partir de la revue de la littérature

Mesures organisationnelles	Identifiées	<p>Diminution du temps de travail (< 80 heures / semaine) ^(40, 41).</p> <p>Réorganisation du temps de travail ⁽⁴²⁾.</p> <p>Réunions d'équipes ⁽⁴²⁾.</p>
	Probables	<p>Participation des médecins à l'élaboration de leur planning (flexibilité) ^(9, 43).</p> <p>Gestion spécifique du planning de garde (horaires, matériels, personnels, sites...) ⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Favoriser la communication et le travail d'équipe ^(9, 43, 45) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunions : morbi-mortalité, remises à niveau des protocoles, enseignement - Parrainages, activités, cohésion ⁽³⁰⁾ - Matériel : locaux ⁽⁴⁵⁾, téléphones, logiciel commun ⁽¹¹⁾ - Travail en équipe de faibles effectifs ⁽²⁶⁾. <p>Développement de la médecine du travail ^(3, 46).</p> <p>Programmes d'évaluation ⁽⁴⁴⁾ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des décisions prises en réunion, - Des nouvelles technologies, - Des nouvelles modifications de l'environnement. <p>Formation des personnels ⁽⁴³⁾ : temps dédiés, évaluation des besoins et des envies.</p> <p>Amélioration de l'environnement de travail : détente, repas.</p> <p>Optimisation et réduction du travail administratif ^(11, 45).</p>
Mesure individuelles	Identifiées	<p>Stratégies de gestion du stress :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pleine conscience « mindfulness » ^(40, 42). <p>Groupes de discussion ⁽⁴⁰⁾.</p> <p>Programme d'amélioration de la communication des médecins ⁽⁴²⁾.</p>
	Probables	<p>Règles hygiéno-diététiques : « <i>self-care</i> » encourage: loisirs, sport, sommeil, nutrition ^(32, 39).</p> <p>Apprentissage de la communication, du travail en équipe et du management dès l'université.</p> <p>Information sur le SdEP, permettre son identification, et l'initiation de sa prise en charge.</p> <p>Prise en charge spécialisée le cas échéant de la dépression, avec arrêt de travail si besoin ⁽³⁾.</p> <p>Formation initiale et continue aux stratégies de régulation des émotions, « stress management training » ^(9, 47):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empathie, - Résilience, - Auto-compassion.

Tableau 2: Epidémiologie du SdEP : axes de prévention et mesures interventionnelles d'après la revue de la littérature.

2.3. Elaboration des questions et données recueillies

Le questionnaire a été élaboré par un comité composé d'anesthésistes-réanimateurs seniors et internes, et d'un psychiatre. Afin d'optimiser la comparabilité de nos résultats, nous avons privilégié les questions dont les traductions avaient déjà été utilisées dans d'autres articles en les modifiant parfois pour enlever des ambiguïtés. Nous y avons ajouté de nouvelles questions en nous appuyant sur la revue de la littérature que nous avons réalisée. Les échelles numériques ont été standardisées de 1 à 10. Pour diminuer l'incidence des données manquantes, nous avons choisi de rendre obligatoire la réponse aux questions relatives à notre objectif principal.

Au total le questionnaire comprend 88 questions réparties en 6 catégories (questionnaire complet en annexe).

2.3.1. Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques comprenaient : âge, sexe, situation familiale, parentalité, poids et taille, le moment de réponse au questionnaire (lendemain de garde ou non) et le statut professionnel : interne ou sénior avec le type d'exercice. Nous avons regroupé les MAR ayant une activité libérale et ceux pratiquant une activité salariée en secteur privé, par opposition au reste des MAR seniors salariés du secteur public. En fonction du statut, des questions complémentaires recueillaient des informations sur le lieu d'étude, l'année d'Examen National Classant (ENC) ou de validation du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES), le nombre d'heures travaillées hebdomadaires, le nombre de gardes par mois, le respect du repos de sécurité, la prise d'une année de disponibilité pendant l'internat et enfin le mode d'exercice principal, anesthésie, réanimation ou mixte, pratiqué ou souhaité.

2.3.2. Evaluation du SdEP par le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Le SdEP a été étudié en utilisant le CBI, auto-questionnaire de 19 questions qui explore le SdEP en trois parties⁽⁴⁸⁾. La première partie évalue de manière globale l'épuisement ou la fatigue, physique ou mentale : l'épuisement personnel général. La seconde partie détermine le degré de fatigue physique ou mentale que la personne interrogée impute directement à son travail : l'épuisement personnel lié au travail. La troisième partie précise l'épuisement personnel lié aux patients. Pour chaque question cinq catégories de réponses sont possibles, représentant une échelle de fréquence ou d'intensité, allant de « jamais ou presque jamais ou très faiblement » à « toujours ou énormément ». Cette échelle est ramenée à un pourcentage, 100% exprimant un niveau maximum de burnout.

Le CBI est libre de droits, validé par l'HAS et utilisé en 2011 par Doppia et al. dont nous avons repris et adapté la traduction^(3, 12). Cela permet notamment une meilleure comparabilité de nos résultats avec ceux de cette étude.

Conformément aux recommandations d'utilisation de Kristensen et al. nous avons analysé séparément chacune des trois parties du CBI en pourcentage. Nous considérons qu'une personne présentait un SdEP si elle présentait un score supérieur à 50% dans deux des dimensions : l'épuisement professionnel personnel et l'épuisement professionnel lié au travail. L'utilisation de ce double critère permet d'éliminer des états d'épuisement non lié au milieu professionnel et était préconisée dès l'élaboration du CBI⁽⁴⁸⁾. Pour les analyses statistiques utilisant une échelle numérique continue, nous avons choisi la valeur absolue en pourcentage.

2.3.3. Environnement extra-professionnel et personnalité

Ces questions concernaient le mode de vie, le temps consacré aux loisirs, au sport, au sommeil, et recherchaient un terrain psychiatrique, la prise de drogues, des difficultés financières ou des arrêts de travail récents.

2.3.4. Evaluation de l'humeur par le Major Depression Inventory (MDI)

Nous avons choisi d'inclure cette échelle validée permettant de dépister la dépression selon les définitions du DSM ou de la CIM-10⁽⁴⁹⁾. Celle-ci comprend douze questions avec six réponses possibles formant une échelle de fréquence allant de « jamais » à « tout le temps ».

Un score compris entre 25 et 29 est en faveur d'une forme modérée et un score supérieur à 30 en faveur d'une forme sévère de dépression⁽⁵⁰⁾.

2.3.5. Environnement professionnel et son vécu

Ces questions concernaient la vie au travail : la fréquence des conflits, l'anxiété, la satisfaction du salaire, la reconnaissance, l'autonomie et le travail d'équipe. On recherchait la présence d'un médecin traitant et le suivi par la médecine du travail.

2.3.6. Enquête d'opinion

On utilisait une échelle allant de « cela ne m'intéresse pas » à « c'est indispensable » numérisée de 1 à 10. On mesurait l'intérêt porté sur la gestion des temps de travail et de formation, sur la connaissance du SdEP et des mesures déjà en place concernant sa prise en charge, comme l'existence d'un numéro vert ou la campagne « Dis Doc t'as ton Doc » lancée en 2017 par le CFAR visant à prévenir l'autodiagnostic et l'automédication en milieu médical.

2.3.7. Commentaire libre

A la fin du questionnaire, les MAR pouvaient laisser un commentaire avant de valider définitivement leur réponse à l'enquête.

3. Comparaison à une cohorte existante.

L'utilisation du CBI dans notre étude nous permettait de prévoir une comparaison à une cohorte existante ayant utilisé la même échelle, 10 ans auparavant. Cette cohorte est issue de l'enquête «santé et satisfaction des médecins au travail» (SESMAT) ⁽¹²⁾. L'objectif de cette dernière était de mesurer l'incidence du SdEP chez les médecins et pharmaciens salariés des établissements de soins. Cette étude utilisait un questionnaire anonyme auto-déclaratif diffusé via un site Internet et le SdEP était exploré par le CBI. Les auteurs ont ensuite séparé les résultats du CBI des catégories «générale» et «liée au patient» en deux classes : burn-out bas si < 3 (soit 50% dans le CBI original) ou burnout élevé si ≥ 3 .

4. Analyses statistiques

Les variables quantitatives étaient décrites par leur moyenne et leur écart type. Les variables qualitatives étaient décrites par leur nombre et pourcentage. La cohérence des résultats aux différentes catégories du CBI était évaluée par l'indice alpha de Cronbach.

La recherche de facteurs de risque du SdEP était réalisée initialement en univarié (test T de Student pour les variables quantitatives et test du Chi² pour les variables qualitatives). L'analyse multivariée était ensuite réalisée par régression logistique selon le modèle du rapport de vraisemblance pas à pas descendant en incluant les variables liées en univariés au critère de burnout avec un seuil $p < 0,20$. Nous avons retenu un seuil de significativité $p < 0,05$.

Afin d'évaluer la représentativité de notre échantillon par rapport à la population des anesthésistes réanimateurs en France, nous avons prévu de comparer leurs principales caractéristiques socio-démographiques ainsi que leur mode d'exercice aux données du Conseil National de l'ordre des Médecins. Nous avons prévu une comparaison de nos résultats avec ceux de Doppia dans l'étude SESMAT.

Toutes les analyses étaient effectuées avec le logiciel IBM SPSS[®] Statistics 25.0.

RESULTATS

1. Description de la population étudiée

La cible théorique était de 10127 anesthésistes-réanimateurs séniors et de 2242 internes, en suivant le nombre de postes d'internes proposés dans les cinq dernières années selon les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ⁽²⁷⁾. Nous avons collecté 1519 réponses du 11 avril 2018 au 01 juillet 2018. Nous avons exclu au total 19 questionnaires qui étaient des doublons ou des réponses d'autres spécialisations ou métiers. Nous avons ainsi analysé 1500 questionnaires, soit près de 11% des internes et 12% des séniors ciblés.

Notre échantillon était composé de 775 hommes (52%) et de 721 femmes (48%), de 23 à 74 ans, dont 254 internes (17%). L'âge moyen était de 43 ± 13 ans. La répartition des profils professionnels est présentée dans la figure 1.

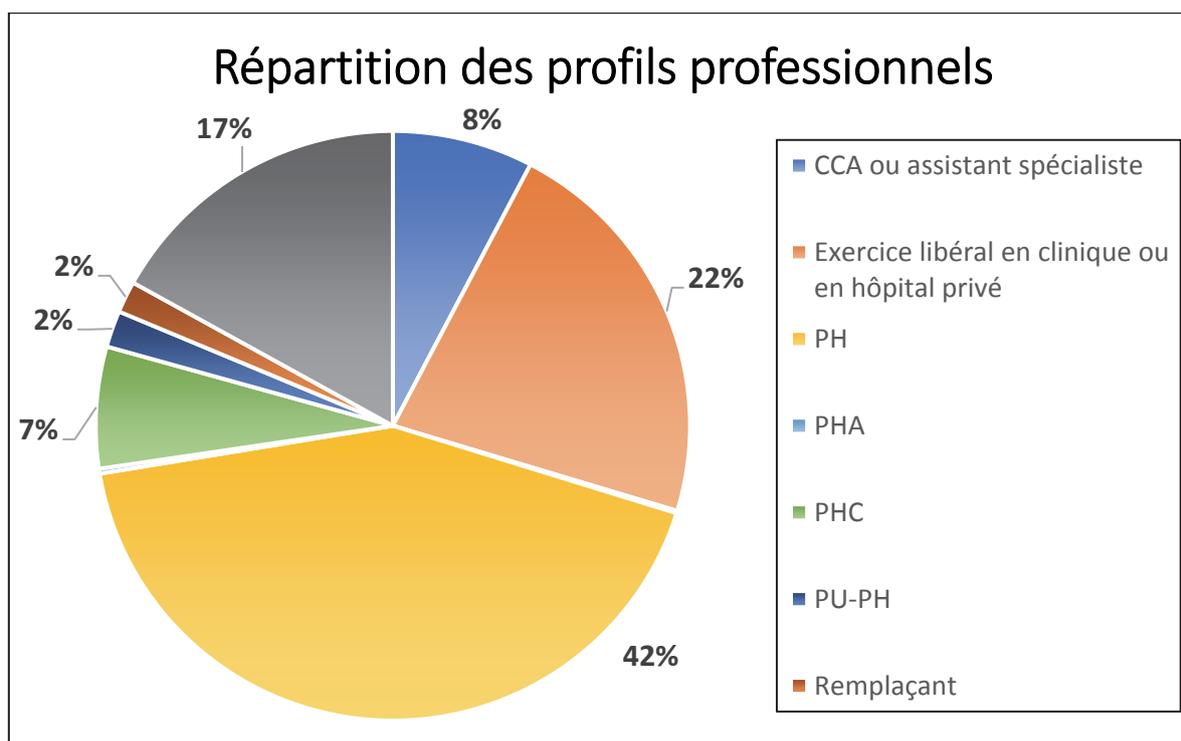


Figure 1 : Répartition des profils professionnels des MAR répondeurs

La comparaison des caractéristiques démographiques de notre échantillon aux données du CNOM est présentée en figure 2. Les populations des hommes et femmes de moins de 35 ans sont significativement sur-représentées ; à l'inverse les hommes de plus de 55 ans et les femmes de plus de 65 ans sont significativement sous-représentés.

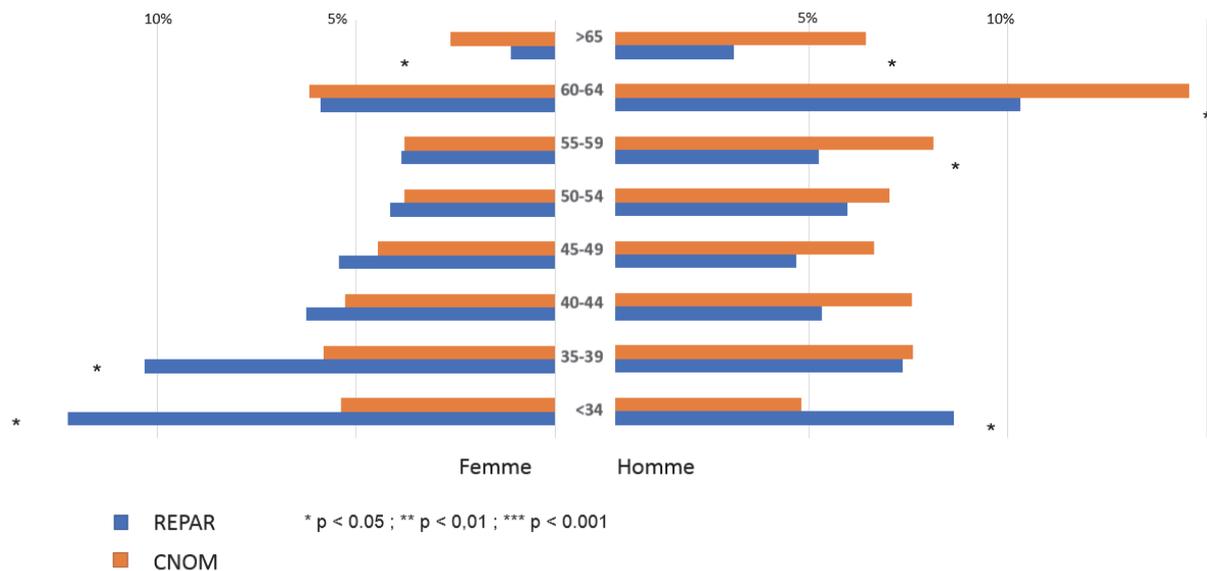


Figure 2: Pyramide des âges des MAR de notre échantillon et de l'annuaire du CNOM 2015

Concernant le type d'activité, le pourcentage de médecins séniors exerçant en secteur privé dans notre population est de 29% (n=356) ce qui n'est pas statistiquement différent de la population générale des anesthésistes-réanimateurs selon le CNOM puisqu'elle est de 34% (n=3461, p=0,41).

La répartition entre internes et séniors n'était pas différente significativement de celle de la population cible (16% d'internes dans l'échantillon contre 18% p=0.10).

Au total 13% (n=188) répondaient au questionnaire le lendemain d'une garde.

2. Syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes-réanimateurs en France

2.1. Incidence et sévérité

Trois cent soixante-six MAR (24,4%) avaient des scores moyens d'épuisement professionnel personnel et lié au travail strictement supérieur à 50%.

Concernant le score d'épuisement professionnel personnel : le score moyen était de 43% (± 24). Un tiers (35% n= 521) avait un score strictement supérieur à 50% et 86 (5,7%) avaient un score supérieur à 75%.

Concernant le score d'épuisement professionnel lié au travail : le score moyen était de 40% (± 26) ; 441 (25%) avaient un score strictement supérieur à 50% et 65 (4%) avaient un score supérieur à 75%.

Concernant le score d'épuisement professionnel lié au patient : le score moyen était de 23% (± 24) ; 141 (9%) avaient un score strictement supérieur à 50% et 15(1%) avaient un score supérieur à 75%.

On retrouvait 20 médecins (1%) ayant des scores moyens d'épuisement professionnel personnel et lié au travail strictement supérieur à 75%.

La figure 3 représente les résultats globaux. Les résultats détaillés au CBI de notre échantillon sont présentés dans le tableau 3.

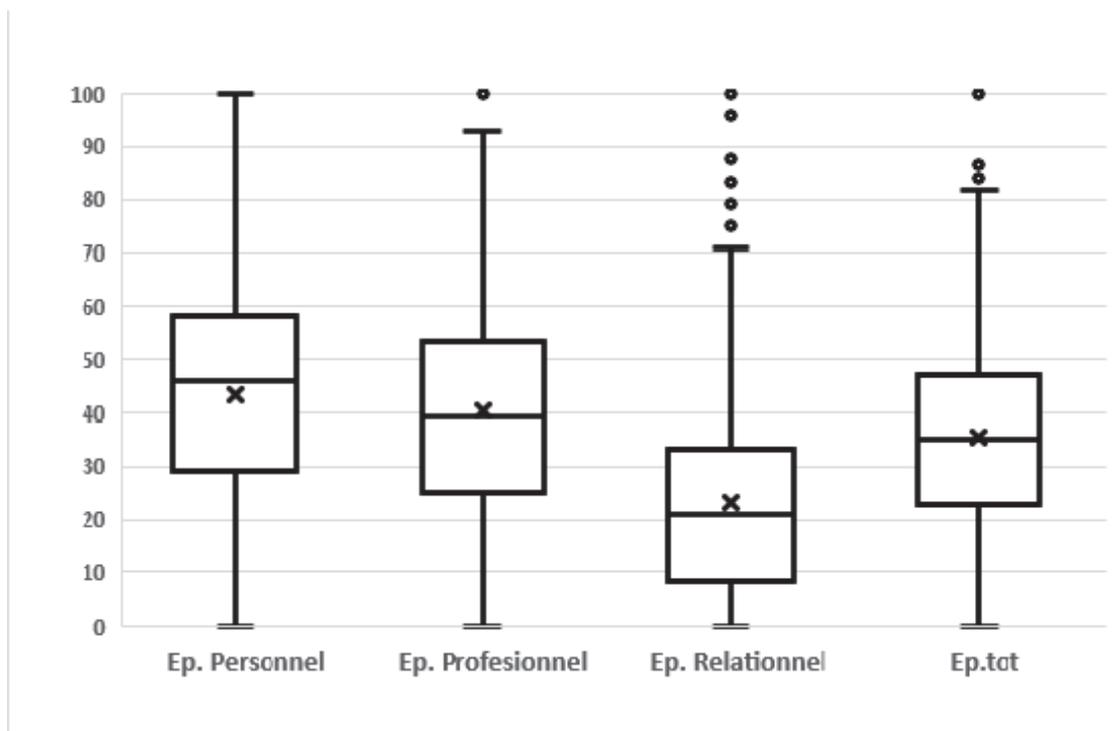


Figure 3 : Scores aux trois composantes du CBI, moyennes et écarts-types

Résultat donné en % (n) ou Moyenne (écart-type)	Jamais (0%)	Parfois (25%)	Occasionnellement (50%)	Souvent (75%)	Tout le temps (100%)	Score CBI
Population = 1500						
Burnout personnel (alpha de Cronbach = 0,881)						
A quelle fréquence vous sentez-vous fatigué ?	1,2% (18)	6,2% (93)	28,87% (433)	55% (825)	8,73% (131)	65,97 ± 19,39
A quelle fréquence êtes-vous épuisé(e) physiquement ?	9,53% (143)	22,07% (331)	40,47% (607)	26,33% (395)	1,6% (24)	47,1 ± 23,93
A quelle fréquence êtes-vous épuisé(e) émotionnellement ?	10% (150)	24,53% (368)	39,53% (593)	23,73% (356)	2,2% (33)	45,9 ± 24,3
A quelle fréquence pensez-vous "Je n'en peux plus" ?	24,4% (366)	30,8% (462)	28,4% (426)	15,8% (237)	0,6% (9)	34,35 ± 25,92
A quelle fréquence vous sentez-vous complètement vidé(e) ?	21,33% (320)	31,87% (478)	31,67% (475)	14,8% (222)	0,33% (5)	35,23 ± 24,81
A quelle fréquence vous sentez-vous faible et vulnérable aux maladies ?	23,4% (351)	35,67% (535)	31,47% (472)	8,67% (130)	0,8% (12)	31,95 ± 23,59
Score moyen de la catégorie - moyenne (écart-type)						
Burnout lié au Travail (alpha de Cronbach = 0,887)						
A quelle fréquence vous sentez-vous vidé(e) à la fin de la journée de travail ?	3,87% (58)	16,2% (243)	36,6% (549)	37,2% (558)	6,13% (92)	56,38 ± 23,31
A quelle fréquence vous sentez-vous épuisé(e) le matin à l'idée d'une nouvelle journée de travail ?	23,27% (349)	26,93% (404)	32,13% (482)	15,87% (238)	1,8% (27)	36,5 ± 26,69
A quelle fréquence ressentez-vous que chaque heure passée à travailler est épuisante ?	29,93% (449)	36% (540)	26,47% (397)	7,2% (108)	0,4% (6)	28,03 ± 23,37
Lors de vos temps de loisirs avec votre famille ou vos amis, à quelle fréquence manquez-vous d'énergie ?	9,93% (149)	26% (390)	39,27% (589)	23,13% (347)	1,67% (25)	45,15 ± 23,96
Votre travail vous épuise-t-il émotionnellement ?	14,8% (222)	28,47% (427)	36% (540)	17,67% (265)	3,07% (46)	41,43 ± 25,73
Votre travail vous fruste-t-il ?	25,47% (382)	28,33% (425)	27,2% (408)	14,93% (224)	4,07% (61)	35,95 ± 28,49
Vous sentez-vous épuisé(e) professionnellement à cause de votre travail ?	20,73% (311)	29,73% (446)	29,6% (444)	17,07% (256)	2,87% (43)	37,9 ± 27,14
Score moyen de la catégorie - moyenne (écart-type)						
Burnout lié au patient (alpha de Cronbach = 0,866)						
Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ?	44,2% (663)	32% (480)	19,67% (295)	3,8% (57)	0,33% (5)	21,02 ± 22,3
Travailler avec des patients vous vide-t-il de votre énergie ?	41% (615)	35,4% (531)	18,73% (281)	4,6% (69)	0,27% (4)	21,93 ± 22,23
Trouvez-vous frustrant de travailler avec des patients ?	62,33% (935)	26,6% (399)	9,47% (142)	1,2% (18)	0,4% (6)	12,68 ± 18,7
Avez-vous l'impression de donner davantage que vous ne recevez, lorsque vous travaillez avec des patients ?	26,4% (396)	24,87% (373)	24,4% (366)	19% (285)	5,33% (80)	38 ± 30,4
Êtes-vous fatigué(e) de travailler avec des patients ?	50,67% (760)	31,33% (470)	14,8% (222)	2,67% (40)	0,53% (8)	17,77 ± 21,3
Vous demandez-vous parfois combien de temps vous allez être capable de continuer de travailler avec des patients ?	40,53% (608)	23,13% (347)	21% (315)	13,33% (200)	2% (30)	28,28 ± 28,64
Score moyen de la catégorie - moyenne (écart-type)						
23,28 ± 23,93						

Tableau 3 : Résultats détaillés au CBI dans notre échantillon

2.2. Autodiagnostic

Parmi les médecins ayant des scores moyens d'épuisement professionnel personnel et lié au travail strictement supérieur à 50%, 38% (n=140) ont répondu «oui» à la question «pensez-vous souffrir d'un SdEP», 22% (n=80) ont répondu «non», 40% (n=146) «je ne sais pas».

Si l'on considère cette question comme test diagnostique, la réponse «non» avait une spécificité de 79% et une valeur prédictive négative de 92%. La réponse «oui» avait une sensibilité de 38% et une valeur prédictive positive de 71%. Parmi les MAR répondant «je ne sais pas», 45% avaient des critères de burnout et 55% n'en avaient pas.

2.3. Evolution

Nous avons comparé nos résultats à ceux de M. Doppia et al. dans l'étude SESMAT. Dans l'étude SESMAT, le critère déterminant était un score moyen d'épuisement professionnel personnel ≥ 3 en transformant le CBI en échelle de 1 à 5⁽¹²⁾.

En reprenant la même méthodologie de calcul, 42% des MAR avaient un score élevé de burnout «général» et 12% avaient un score élevé de burnout lié au patient. Si l'on exclut les internes et les MAR exerçant en secteur privé, 44% des 890 MAR restants de l'étude REPAR souffraient de SdEP et 9% avaient un score élevé de burnout lié au patient.

Il n'y avait pas de différence significative entre nos résultats et ceux de SESMAT pour le score général de burnout. Il existait une diminution significative du pourcentage de burn-out lié au patient ($p < 0,01$). Ces résultats sont présentés dans les tableaux 4 et 5.

	2018	2008	p
Général	1500	562	
Bas	866 (57,7%)	346 (61,6%)	0.11
Elevé	634 (42,2 %)	216 (38,4 %)	
Lié au patient	1500	560	
Bas	1314 (87,6%)	463 (82,7%)	0.003
Elevé	186 (12,4%)	97 (17,3%)	

Tableau 4 : Comparaison des scores de SdEP REPAR / SESMAT

	2018	2008	p
Général	890	562	
Bas	503 (56,5 %)	346 (61,6%)	0.0630
Elevé	387 (43,5 %)	216 (38,4%)	
Lié au patient	890	560	
Bas	808 (80,8 %)	463 (82,7%)	< 0.001
Elevé	82 (9,2 %)	97 (17,3%)	

Tableau 5: Comparaison REPAR / SESMAT en excluant le secteur privé et les internes

2.4. Analyse univariée des facteurs liés au SdEP

Les résultats de la comparaison des différents items selon le critère principal sont présentés dans le tableau 6.

Concernant les caractéristiques socio-démographiques, le syndrome d'épuisement professionnel était significativement plus présent chez les MAR femme ($p < 0,01$). L'âge, la vie en couple, la parentalité, n'étaient pas liés à la présence d'un burnout. Être en couple avec une personne exerçant une profession médicale ou paramédicale n'influçait pas la survenue d'un SdEP. Le nombre de divorcés étaient significativement plus important dans le groupe burnout (12% contre 19% $p < 0,01$).

Concernant la vie en dehors du travail, un terrain psychiatrique préexistant ($p < 0,01$) ou la prise d'un traitement psychotrope ($p < 0,01$) étaient significativement liés à la présence d'un burnout. Les membres du groupe burnout avaient plus souvent un score MDI > 25 ($p < 0,01$), avec un score moyen plus élevé de manière significative (21 ± 9 vs 10 ± 7 , $p < 0,001$). Les MAR ayant des scores d'épuisement professionnel personnel et lié au travail tous les deux strictement supérieurs à 75% présentaient pour 76% d'entre eux un score MDI supérieur à 25. L'évolution du score CBI selon le résultat au score MDI est présentée dans la figure 4.

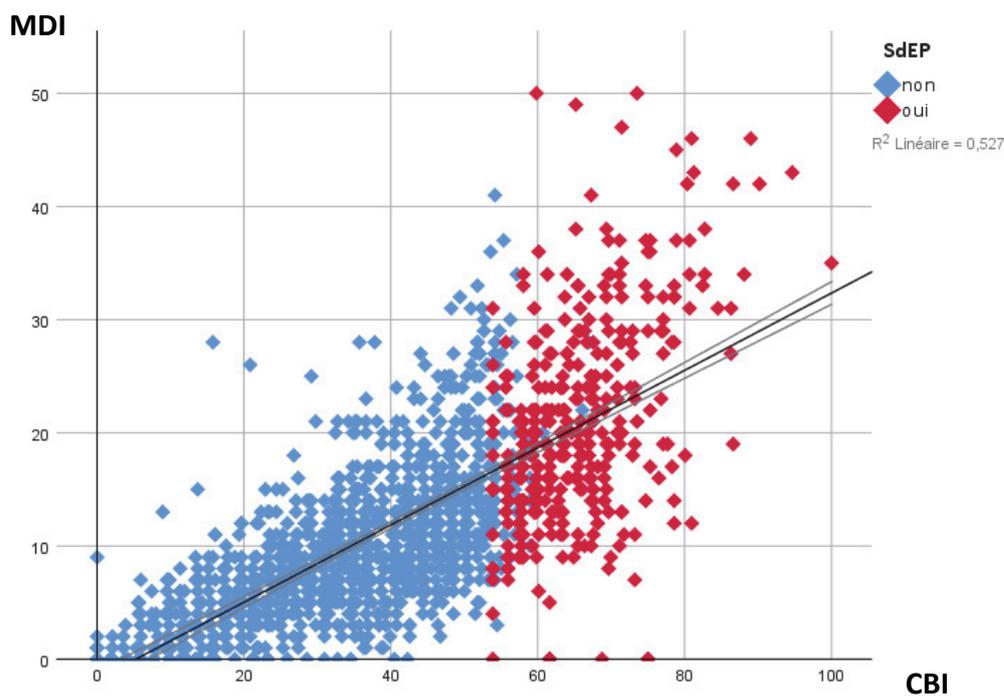


Figure 4: Corrélation entre les scores MDI et CBI

La consommation régulière de tabac, cannabis ou d'alcool n'était pas significativement augmentée dans le groupe burnout. La consommation de morphiniques, benzodiazépine et barbituriques était significativement augmentée dans le groupe burnout ($p < 0,05$ et $p < 0,01$).

Les temps consacrés au sommeil ($6,7 \pm 1$ h et $6,3 \pm 1$ h, $p < 0,01$), aux loisirs ($5,6 \pm 6$ h et $3,6 \pm 6$ h $p < 0,001$) et au sport ($2,3 \pm 2$ h et $1,6 \pm 1,7$ h) ($p < 0,001$), étaient significativement plus faibles dans le groupe burnout. Des difficultés ressenties à contrôler son poids ($p < 0,01$), étaient significativement liées à la présence d'un burnout mais sans différence significative d'IMC entre les deux groupes ($23,9 \pm 3,7$ contre $24,2 \pm 4,0$).

Concernant la vie au travail, le syndrome d'épuisement professionnel était significativement plus présent en secteur public ($p < 0,05$). Il existait une tendance plus grande au SdEP chez les internes et assistants. Il n'existait pas de différence significative entre les MAR pratiquant l'anesthésie, la réanimation ou une activité mixte.

La charge de travail en heures (59 ± 11 h et 56 ± 11 h) ($p < 0,01$) et le nombre de gardes ($4,6 \pm 2$ et 4 ± 2) ($p = 0,003$) étaient significativement liées à la présence d'un burn-out. Le respect du repos de sécurité était comparable entre les groupes.

Les conflits ($p < 0,01$) et les relations hostiles quel que soit l'interlocuteur ($p < 0,01$) étaient significativement liés à la présence d'un burnout tout comme l'insatisfaction concernant : des conditions matérielles de travail, des moyens de communication, du trajet au travail, de son espace personnel au travail ou de sa situation professionnelle globale. Les médecins du groupe burnout avaient significativement moins de temps dédié à leur formation ($p < 0,01$) et moins de réunion d'équipe ($p < 0,001$), ils prenaient significativement moins de temps pour manger que cela soit en garde ou en dehors des gardes ($p < 0,001$).

L'ancienneté dans l'équipe et la taille de l'équipe n'étaient pas significativement liées à la présence d'un burnout. Cependant l'évaluation du travail d'équipe mais aussi de la liberté d'action au travail étaient significativement meilleure dans le groupe sans SdEP tout comme celle du sentiment d'un emploi de ses compétences à leurs juste valeurs ($p < 0,001$).

Les difficultés financières ressenties ($p < 0,01$) et l'insatisfaction liée au salaire exprimée sous la forme d'une échelle numérique cotée de 1 à 10 ($p < 0,01$), étaient significativement plus importantes dans le groupe SdEP.

Le nombre de médecins ayant pris une disponibilité pendant leur internat ou souhaitant en prendre une était significativement plus important dans le groupe burnout ($p < 0,05$). Le délai depuis la dernière semaine de vacances était significativement plus important dans le groupe burnout (8 ± 9 semaines et 11 ± 11 semaines) ($p < 0,01$). Le nombre de MAR ayant pris plusieurs arrêts de travail courts dans les six derniers mois ne variait pas significativement.

Le suivi par un médecin traitant ou par la médecine du travail n'étaient pas significativement lié à la présence d'un burnout.

Les médecins du groupe burnout envisageaient significativement plus d'arrêter leurs études ou leur travail (62% contre 24%) ($p < 0,01$).

Critère	N	Absence de SdEP	SdEP	p
	1500	1134	366	
<u>CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</u>				
Age moyen	1328	42,8 ±12,8	42,6 ±12,3	0,800
Sexe féminin	1500	44,4%	59,6%	0,000, ***
Vie en couple	1495	80,3%	77,6%	0.2576
Divorcé (e)	1487	11,7%	18,6%	0.0007 ***
Métier conjoint médical ou paramédical	1234	54,0%	50,0%	0.2254
Avoir des enfants	1494	63,9%	66,7%	0,3394
<u>VIE EN DEHORS DU TRAVAIL</u>				
Consultations psychiatre / psychologue : plusieurs fois ou régulier	1498	19,3%	26,5%	0.0031 ***
Prise d'un traitement psychotrope	1499	4,0%	15,0%	0,000 ***
MDI supérieur à 25	1500	3,2%	27,3%	0,000 ***
Score moyen MDI	1500	9,73 ±6,6	20,97 ±9,1	0,000 ***
Drogues				
Tabac (> 16j/mois)	1500	11,5%	11,4%	0.8911
Alcool (16j/mois)	1464	22,3%	18,6%	0.1494 *
Cannabis (> 16j/mois)	1428	0,6%	1,7%	0.0605 *
Cannabis oui (même occasionnellement)	1428	8,4%	7,0%	0.4096
Benzodiazépines et barbituriques > 16j/mois	1438	0,8%	2,9%	0.0038 ***
Benzodiazépines et barbituriques (même occasionnellement)	1438	9,2%	17,1%	0,000, ***
Morphiniques (> 16j/mois)	1431	0,4%	1,5%	0.0408 ***
Morphiniques (même occasionnellement)	1431	1,7%	3,2%	0.1188 *
Psychodéséptiques et kétamine (même occasionnellement)	1427	0,9%	0,6%	0.7417
Cocaïne et amphétamines	1432	1,5%	2,0%	0.4630
Sommeil jugé insuffisant en période de travail	1496	63,7%	84,7%	0,000, ***
Heures sommeil par nuit (moyenne)	1498	6,7h ±0,9	6,4h ±1,0	0,000 ***
EVA temps libre > 5	1499	36,2%	12,3%	0,000 ***
Heures temps loisir hors sport (moyenne)	1454	5,7h ±6,5	3,7h ±6,3	0,000 ***
Pratique régulière d'un sport	1496	56,2%	44,0%	0,000 ***
Heures sport (moyenne)	1412	2,3h ±2,2	1,6 ±1,7	0,000 ***
Difficultés financières (souvent/tout le temps)	1498	5,6%	10,9%	0.0004 ***
Avez-vous des difficultés à contrôler votre poids ?	1494	34,8%	56,0%	0,000, ***
IMC	1482	23,9 ±3,7	24,2 ±4,0	0,1571 *
<u>AU TRAVAIL</u>				
Réponse questionnaire lendemain garde	1500	12,30%	13,40%	0,5701
Statut professionnel : interne/assistant vs sénior	1500	31,1%	27,3%	0.1643 *
Secteur public (vs libéral)	1246	66,8%	76,6%	0.0228 ***
Temps de travail par semaine (moyenne)	1481	56	59	0,000 ***
Nombre de garde par mois (moyenne)	1490	4,2	4,6	0,003 ***
Respect repos de sécurité	1500	70,5%	72,3%	0,3775
Dispo envie ou prise (internes)	252	33,2%	45,2%	0.0875 *
Dispo pendant internat (sénior)	1227	7,8%	12,3%	0.0157 ***
Pratique principale séniors : anesthésie / réa / mixte	1239	70,3% / 11,5% / 18,2%	66,4% / 11,6% / 21,9%	0.3485
≥ 2 arrêts de travail <14 dans les 6 derniers mois	1496	1,9%	3,3%	0.1373 *
Mauvaises relations (désagréables, hostiles, tendues) avec :				
Paramédicaux du service	1493	1,2%	8,0%	0,000 ***
Paramédicaux des autres services	1490	3,1%	9,4%	0,000 ***
Médecins de votre service	1489	6,1%	19,4%	0,000 ***
Médecins des autres services	1488	5,7%	18,3%	0,000 ***
Chirurgiens	1491	15,3%	39,5%	0,000 ***
Patients	1492	1,3%	4,1%	0,001 ***
Administration	1490	34,0%	53,6%	0,000 ***
Conflits fréquents au travail (> plusieurs fois par mois)	1497	27,3%	52,2%	0,000 ***
EVA emploi des compétences à leur juste valeur > 5	1495	71,6%	40,4%	0,000 ***
EVA salaire > 5	1496	59,0%	34,8%	0,000 ***
EVA conditions matérielles de travail > 5	1497	32,2%	29,0%	0,000 ***
EVA trajet au travail > 5	1499	80,5%	64,7%	0,000 ***
EVA espace personnel au travail > 5	1498	57,5%	34,0%	0,000 ***
EVA moyens communications au travail > 5	1499	79,6%	62,3%	0,000 ***
EVA sentiment d'un travail d'équipe > 5	1499	79,8%	54,8%	0,000 ***
EVA liberté d'action et de choix > 5	1496	77,3%	47,8%	0,000 ***
EVA situation professionnelle > 5	1500	78,1%	31,1%	0,000 ***
Taille de l'équipe (médiane et interquartile)	1465	12 (4-20)	10 (3-20)	0,890
Ancienneté dans l'équipe (années) (médiane et interquartile)	1383	5 (2-13)	5(2-11)	0,568
Délai depuis dernières vacances (en semaines) (médiane et interquartile)	1478	6(3-10)	6(4-12)10,6	0,000 ***
Temps pause repas hors garde : souvent ou toujours	1400	70,9%	48,8%	0,000 ***
Temps pause repas garde : souvent ou toujours	1496	74,5%	54,1%	0,000 ***
Réunion d'équipe fréquentes (plusieurs fois par mois ou plus)	1498	54,9%	40,8%	0,000 ***
Temps prévu pour la formation	1493	51,3%	34,0%	0,000 ***
Envisager arrêt travail / étude actuel	1500	23,8%	62,0%	0,000 ***
Avoir un médecin traitant	1495	31,6%	32,6%	0,913
Suivi par la médecine du travail < 3 ans	1497	18,9%	14,8%	0.0840

p < 0,2 = * ; p < 0,05 *** ;

Tableau 6: Comparaison des items selon le critère : SdEP = scores moyens d'épuisement professionnel personnel et lié au travail > 50%

2.5. Analyse multivariée

A l'issue de l'analyse multivariée, 12 variables étaient associées significativement avec le critère «scores moyens d'épuisement professionnel personnel et lié au travail strictement supérieur à 50%».

Ces résultats sont présentés dans le tableau 7 et dans la figure 5.

	p	OR	IC 95%
Score MDI > 25	0,000	5,37	[3,24-8,91]
EVA Situation professionnelle ≤ 5	0,000	4,08	[2,96-5,61]
Prise d'un traitement psychotrope	0,001	2,69	[1,53-4,71]
Divorce	0,000	2,13	[1,40-3,25]
Mauvaise relation avec les chirurgiens	0,001	1,82	[1,28-2,58]
Année ou semestre de césure	0,008	1,81	[1,17-2,79]
Conflit au travail fréquent	0,001	1,75	[1,27-2,41]
Sexe Féminin	0,001	1,69	[1,24-2,31]
Pas de pause repas	0,003	1,63	[1,18-2,24]
Difficulté à contrôler son poids	0,003	1,59	[1,17-2,16]
EVA Transport et difficulté d'accès lieu de travail	0,047	1,41	[1,00-1,97]
Temps consacré aux loisirs (h)	0,013	0,96	[0,93-0,99]

Test de Hosmer Lemeshow, p=0,7

Tableau 7 : Facteurs associés à un SdEP : modèle multivarié

Facteurs de risques associés à la survenue d'un SdEP

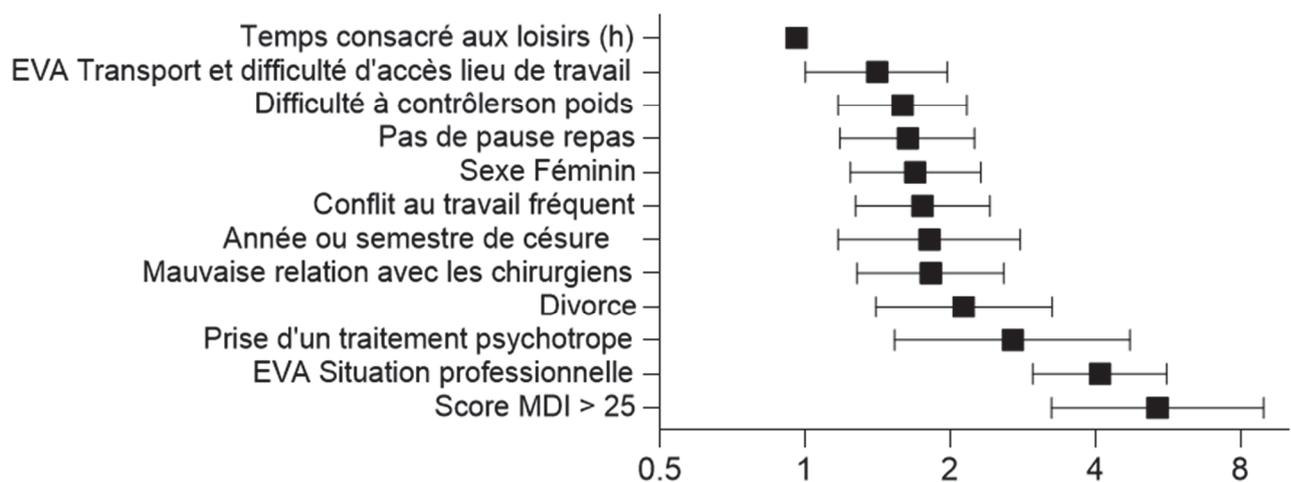


Figure 5 : Facteurs de risques associés à la survenue d'un SdEP

3. Santé physique et mentale

Parmi les MAR interrogés, 315 (21%) participants avaient déjà consulté un psychiatre ou un psychologue quelques fois ou régulièrement et 100 (7%) prenaient un traitement psychotrope, auto-prescrit dans 52% des cas. Dans les six derniers mois, 112 (7%) avaient pris un arrêt de travail de moins de 14 jours et 34 (2%) en avaient pris deux ou plus.

Concernant la consommation de tabac et d'alcool, 171 (12%) étaient fumeurs réguliers (plus de 16 jours par mois), 26% étaient des fumeurs au moins occasionnels, 313 (21,4%) déclaraient boire régulièrement de l'alcool (plus de 16 jours par mois). Pour les autres drogues, 115 (8%) consommaient occasionnellement ou plus du cannabis et 48 (3%) consommaient occasionnellement ou plus souvent, des drogues dites dures (morphiniques, psychodysléptiques, kétamine, cocaïne, amphétamines).

L'IMC moyen était de 24 ± 4 (internes : 23 ± 3 , séniors : 24 ± 4) et 598 (40%) des participants avaient des difficultés à contrôler leur poids.

Le score moyen au MDI dans l'échantillon était de 123 ± 9 et 136 médecins (9%) avaient un score MDI supérieur à 25.

Parmi les MAR répondeurs, 812 (54%) pensaient ne pas avoir besoin d'aide pour faire face à leur stress ou à leur anxiété au travail, 514 (34%) répondaient «peut-être» et 171 (11%) répondaient positivement. Pourtant 182 (12%) avaient, au moment de répondre, l'aide actuelle d'un ami ou d'un psychologue et 318 (21%) avaient bénéficié d'une telle aide par le passé.

Plus de deux MAR sur trois (68%, n=1019) déclaraient ne pas avoir de médecin traitant et 50% (748) déclaraient n'avoir jamais été suivis par la médecine du travail, dont 277 18% (277) seulement à leur visite initiale d'embauche, et 14% (204) n'avaient pas consulté depuis plus de 3 ans.

4. Cadre privé, sports et loisirs

Concernant leur vie privée, 1191 (80%) des participants étaient en couple, dont 655 (44%) avec une personne exerçant une profession médicale ou paramédicale, et 965 (65%) avaient des enfants.

Parmi les MAR répondeurs 198 (13%) étaient divorcés et parmi eux 100 (7%) attribuaient en partie (6% n=89) ou totalement (1% n=11) leur divorce à leur travail.

De plus, 103 (7%) éprouvaient souvent ou tout le temps des difficultés financières, 484 (32%) occasionnellement.

Le temps moyen de sommeil par nuit était de 7 ± 1 heures et 1031 (69%) des participants n'estimaient pas leur sommeil suffisant en période de travail.

Le temps moyen consacré aux loisirs était de 5 ± 7 heures par semaine. L'évaluation globale du temps libre sur une EVA chiffrée de 1 à 10 était de 5 ± 2 , avec une EVA ≤ 5 pour 70% des MAR (1044).

Le temps moyen consacré au sport était de 2 ± 2 heures par semaine mais 47% (700) ne pratiquaient pas de sport régulièrement.

5. Vie professionnelle

Le temps de travail moyen par semaine était de 62 ± 10 heures pour les internes avec 5 ± 1 gardes et de 56 ± 12 heures pour les séniors avec 4 ± 2 gardes.

Parmi les internes, 91 (36%) souhaitaient pratiquer plus tard en anesthésie, 31 (12%) en réanimation et 119 (51%) désiraient une pratique mixte. Parmi les séniors, 859 (69%) pratiquaient principalement en anesthésie, 143 (12%) en réanimation, 237 (19%) avaient une activité mixte.

Concernant les gardes, 24 internes (9%) et 408 séniors (33%) déclaraient ne pas appliquer de repos de sécurité. En dehors des gardes, 674 (45%) participants prenaient « tout le temps ou presque » le temps d'une pause repas, 366(24%) « souvent » et 456 (31%) «jamais» «rarement» ou «parfois». En garde, 480 (34%) prenaient tout le temps ou presque ce temps de repas, 436 (31%) «souvent» et 484 (35%) «parfois» «rarement» ou «jamais».

L'ancienneté médiane dans le service était de 5 (IQ 2-14) années avec une taille médiane d'équipe de 11 (IQ 7 – 20) personnes. Parmi les MAR 648 (43%) ne participaient à des réunions d'équipe que «quelques fois par an» et 79 (5%) jamais. D'autre part 790 (53%) ne disposaient pas de temps prévu pour leur formation et l'entretien de leurs compétences.

Concernant les conflits, 157 MAR rentraient en conflit «plusieurs fois par semaine» ou «tous les jours ou presque» (11%) et 343 plusieurs fois par mois (23%). Les participants qualifiaient leurs relations comme «désagréables» ou «hostiles» avec les chirurgiens dans 316 réponses (21%) et avec l'administration dans 378 cas (39%). La description par les MAR de leurs relations au travail est présentée en figure 6.

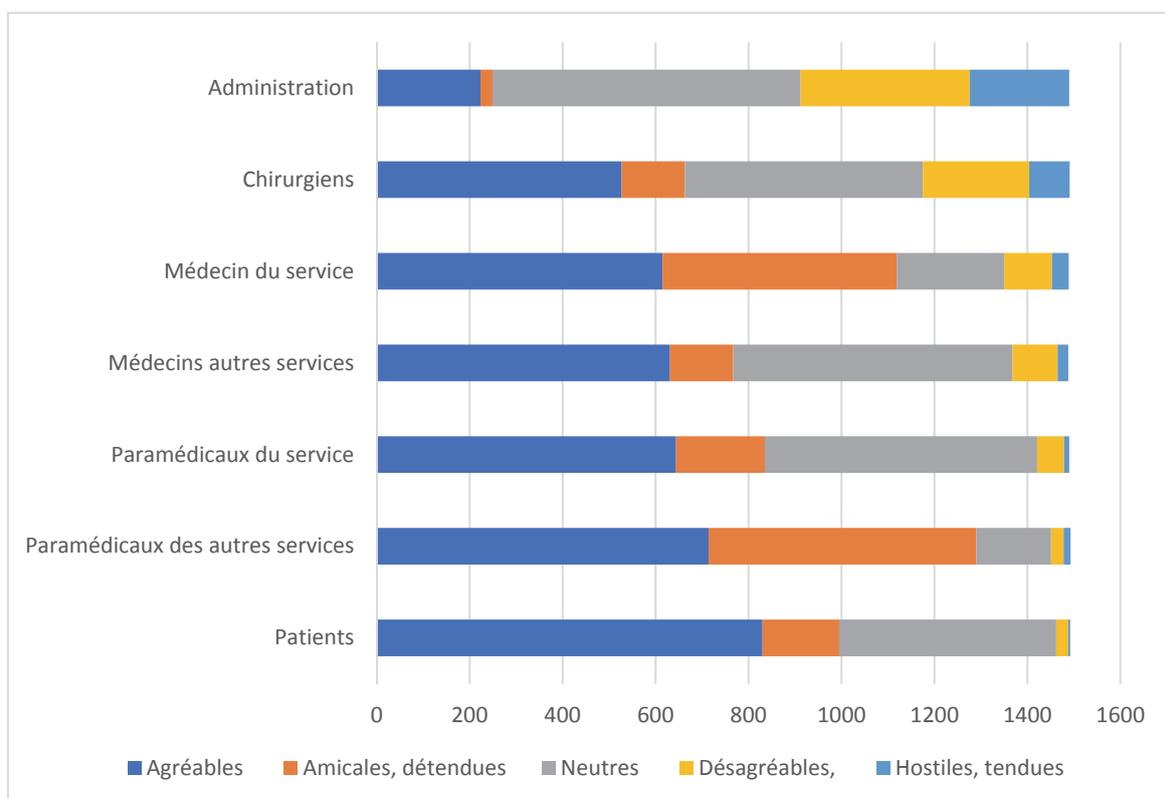


Figure 6: Description par les MAR de leurs relations au travail

L'évaluation globale de leur situation professionnelle par les participants était de $6,3 \pm 2,3$ globalement, chez les internes $6,4 \pm 2,1$, chez les séniors $6,3 \pm 2,4$. Le détail des évaluations de la satisfaction concernant différents domaines de la vie professionnelle par EVA chiffrée de 1 à 10 est disponible dans le tableau 8.

Echelle de satisfaction de 0-10	Valeur absolue			EVA > 5	
	Médiane	IC25%	IC75%	n	%
EVA Liberté de choix	7	5	8	1000	67%
EVA Salaire	6	3	8	794	53%
EVA Infrastructure / condition de travail	5	3	8	740	49%
EVA Trajet	8	6	10	1149	77%
EVA Espace personnel à l'hôpital	6	3	8	775	52%
EVA Facilité de communication	8	6	9	1130	75%
EVA Emploi des compétences	7	4	8	957	64%

Tableau 8: Evaluations par EVA de différents domaines de la vie professionnel des MAR

Enfin, 526 (35%) envisageaient au moment de leur réponse de changer de travail ou d'arrêter leurs études (22% des internes et 38% des séniors). Par le passé, 286 (19%) y avaient déjà pensé (30% des internes et 17% des séniors).

6. Enquête d'opinions

Parmi les MAR interrogés, 450 (30,1%) pensaient qu'avoir un médecin traitant permettrait de mieux cerner les risques liés à l'épuisement professionnel, 562 (37,5%) pensaient inversement, 485 (32,4%) répondaient «je ne sais pas». De plus, 54% étaient très favorables (réponse supérieure ou égale à 8 sur une échelle numérique de 1 à 10) à recevoir des formations spécifiques à la communication et aux entretiens avec les patients et leur famille, 55% étaient très favorables à recevoir des formations spécifiques à la communication au travail et 57% étaient très favorables à recevoir des formations spécifiques au management des équipes médicales et paramédicales.

Ces résultats sont présentés dans la figure 7.

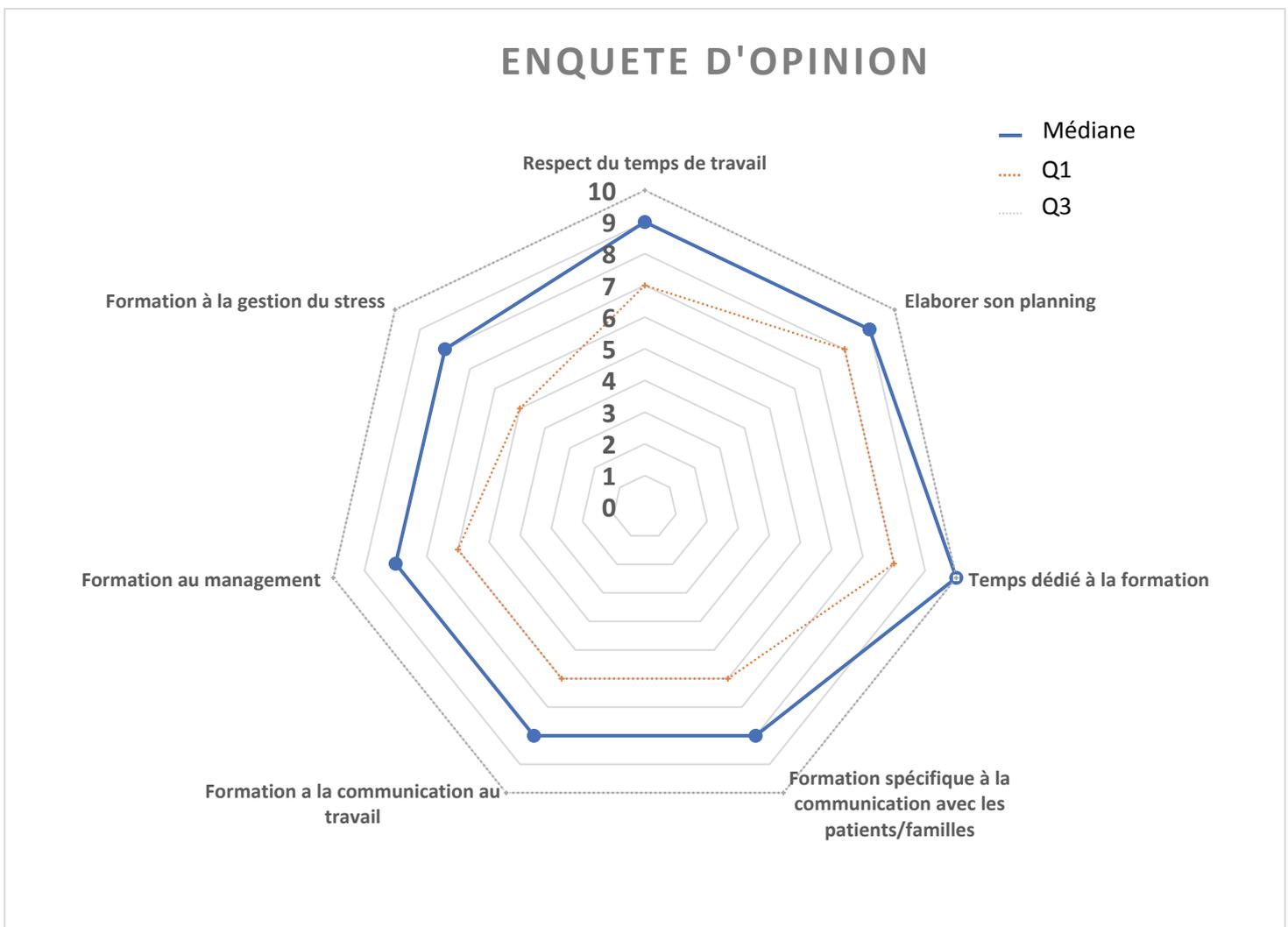


Figure 7: Résultats de l'enquête d'opinion : médianes en bleu, trait gras, et interquartile en pointillé orange

7. Commentaires libres

Au total 225 (15%) participants ont ajouté un commentaire libre à leur réponse au questionnaire. Parmi ceux-là 56 étaient des témoignages de souffrance au travail en rapport avec une surcharge ressentie, une mauvaise organisation (n=8), des conflits (n=7), un sentiment de sous-effectif (n=6), la charge administrative (n=5), un salaire jugé insuffisant (n=5), un sentiment de manque de reconnaissance (n=3), le vécu difficile d'un accident lié à l'anesthésie (n=2), le manque de temps libre (n=1). Un antécédent d'épuisement professionnel était rapporté par 25 MAR, avec une amélioration de leur situation par diminution du temps de travail (n=10), par formation à l'hypnose ou par augmentation de leur temps dédié aux loisirs. Vingt-six commentaires critiquaient le questionnaire en lui-même, en lui reprochant dans une majorité de cas de ne pas être adapté à la pratique des médecins libéraux. Enfin, nous avons reçu 46 commentaires présentant des remerciements ou portant de l'intérêt à l'étude et à ses résultats.

8. Analyse en sous-groupes

8.1. Selon le sexe

L'analyse en sous-groupe en fonction du sexe est disponible est présentée dans le tableau 9.

Analysés en sous-groupes, les femmes et les hommes présentaient les mêmes facteurs retrouvés en analyse multivariée à l'exception d'un facteur : la parentalité chez les femmes. En effet, chez les femmes le fait d'avoir des enfants était significativement associé à la présence d'un SdEP ($p < 0,01$).

	1496 MAR ayant renseigné leur sexe % ou moyenne		
	Hommes n = 775	Femmes n = 721	p < 0,05
<u>CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</u>			
Age moyen	45	40	***
Sexe féminin	0%	100%	***
Vie en couple	87,1%	71,7%	***
Divorcé (e)	17,2%	11,4%	***
Avoir des enfants	73,0%	55,6%	***
<u>CBI</u>			
Score EP personnel	39,03	48,14	***
Score EP lié au travail	37,08	43,54	***
Score EP lié aux patients	22,81	23,74	
Score EP total	32,97	38,47	***
Critère SdEP	19,1%	30,2%	***
<u>VIE EN DEHORS DU TRAVAIL</u>			
Consultations psychiatre / psychologue : plusieurs fois ou régulier	27,3%	40,9%	***
Prise d'un traitement psychotrope	6,5%	6,9%	
MDI supérieur à 25	7,0%	11,4%	***
Score moyen MDI	11 ±8	14 ±9	***
Tabac (> 16j/mois)	12,3%	10,5%	
Alcool (16j/mois)	26,2	17,3	***
Sommeil jugé insuffisant en période de travail	61,5%	76,6%	***
Heures sommeil par nuit (moyenne)	6,6 ±0,9	6,6 ±0,9	
EVA temps libre > 5	32,6%	28,0%	
Heures temps loisir hors sport (moyenne par semaine)	5,9 ±6,7	4,4 ±6,1	***
Heures sport (moyenne par semaine)	2,6 ±2,5	1,7 ±1,6	***
Difficultés financières (souvent/tout le temps)	7,5%	6,5%	
Difficultés à contrôler son poids	36,3%	44,7%	***
IMC	25,0 ±3,5	22,7 ±3,7	***
<u>AU TRAVAIL</u>			
Réponse questionnaire lendemain garde	12,90%	12,10%	
Statut professionnel : interne	15,30%	18,70%	
Secteur public	54,1%	64,8%	***
Temps de travail par semaine	57,7 ±11,9	55,9 ±11,0	***
Nombre de garde par mois	4,4 ±2,5	4,1 ±1,9	***
Respect repos de sécurité	68,7%	81,8%	***
Dispo envie ou prise	11,60%	15,60%	***
Pratique principale : anesthésie / réa / mixte	62,4 / 11,7 / 25,9 %	65,0 / 11,8 / 23,2 %	
Mauvaises relations (désagréables, hostiles, tendues) avec :			
Paramédicaux du service	3,0%	3,6%	
Paramédicaux des autres services	5,4%	5,1%	
Médecins de votre service	8,3%	10,4%	
Médecins des autres services	8,5%	9,2%	
Chirurgiens	22,3%	20,9%	
Patients	2,7%	2,4%	
Administration	39,0%	39,5%	
Conflits fréquents au travail (> plusieurs fois par mois)	31,9%	35,5%	
EVA emploi des compétences à leur juste valeur > 5	65,3%	62,8%	
EVA salaire > 5	56,9%	48,5%	***
EVA conditions matérielles de travail > 5	53,0%	45,8%	***
EVA espace personnel au travail > 5	51,1%	56,2%	
EVA moyens communications au travail > 5	60,7%	48,2%	
EVA sentiment d'un travail d'équipe > 5	75,00%	72,20%	
EVA liberté d'action et de choix > 5	73,5%	66,6%	***
EVA situation professionnelle > 5	77,4%	73,2%	
Taille de l'équipe > 30	32,5%	33,4%	
Ancienneté dans l'équipe (années) (médiane et interquartile)	7 (2 - 16)	4 (2-10)	
Délai depuis dernières vacances (en semaines) (médiane et interquartile)	6 (3 -11)	6 (4 - 10)	
Temps pause repas hors garde : souvent ou toujours	50,1%	43,8%	***
Réunion d'équipe fréquentes (plusieurs fois par mois ou plus)	49,8%	53,1%	
Temps prévu pour la formation	50,1%	43,8%	***
Envisager arrêt travail / étude actuel ou dans le passé	50,3%	58,5%	***
p < 0.05 = ***			

Tableau 9 : Comparaison des réponses au questionnaire en fonction du sexe
(4 données manquantes sur 1500 = 1496)
Résultats exprimés en pourcentage des réponses obtenues ou en moyenne *** : p < 0,05

8.2. Selon le secteur d'exercice : public ou privé

L'analyse en sous-groupe en fonction du mode d'exercice est présentée dans le tableau 10.

Les scores d'épuisement professionnel personnel et lié au travail du CBI étaient significativement plus faibles chez les MAR exerçant dans le privé, respectivement 39,6 et 37,2 contre 44,2 et 41,2 chez les MAR exerçant en secteur public ($p < 0,05$). Ils étaient 20% (71) dans le privé à avoir des scores tous deux supérieurs à 50% contre 26% (232) dans le secteur public ($p < 0,05$). Les scores d'épuisement professionnel lié aux patients étaient comparables entre ces deux groupes.

Les MAR exerçant en privé étaient significativement plus âgés, plus souvent en couple mais aussi plus souvent divorcés, plus souvent parent, plus souvent de sexe masculin. Ils présentaient plus rarement des scores au MDI supérieurs à 25 (5,1% vs 8,7%) avec un score moyen plus faible (10 vs 13).

Au travail les MAR exerçant en privé étaient plus satisfaits que les MAR exerçant en secteur public de leurs infrastructures, de leur salaire, de leur liberté d'action et de leur situation professionnelle avec un plus grand sentiment d'emploi de leurs compétences à leur juste valeur. Il n'existait pas de différence concernant l'évaluation de l'espace personnel au travail, l'ancienneté dans le service ou le sentiment de travailler en équipe. Le temps de travail par semaine et le nombre de garde par mois étaient plus faible chez les MAR travaillant en secteur privé. Parmi eux 53% déclaraient ne pas appliquer le repos de sécurité en lendemain de garde contre 16% en secteur public ($p < 0,05$). Ils rapportaient une fréquence de conflits au travail significativement plus faible.

En dehors du travail, les temps dédiés au sommeil et aux loisirs n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes. Le temps dédié au sport était plus important (2,4 vs 2,0h) chez les MAR du secteur privé ($p < 0,05$). Pour des IMC semblables avec les MAR du secteur public, ils ressentaient moins de difficulté à contrôler leur poids (35 vs 43%).

En excluant les MAR exerçant une activité libérale ou en secteur privé, il n'existait pas de différence significative entre nos résultats et ceux de SESMAT pour le score général de burn-out. Ces résultats sont présentés dans le tableau 10.

	1254 MAR séniors, % ou moyenne		
	Libéral n = 356	Publique n = 898	p < 0,05
<u>CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</u>			
Age moyen	50	44	***
Sexe féminin	33,4%	52,0%	***
Vie en couple	86,8%	81,2%	***
Divorcé (e)	25,1%	12,4%	***
Avoir des enfants	88,8%	69,7%	***
<u>CBI</u>			
Score EP personnel	39,6	44,2	***
Score EP lié au travail	37,2	41,2	***
Score EP lié aux patients	24,1	23,2	
Score EP total	33,6	36,2	***
Critère SdEP	20%	26%	***
<u>VIE EN DEHORS DU TRAVAIL</u>			
Consultations psychiatre / psychologue : plusieurs fois ou régulier	35,5%	35,7%	
Prise d'un traitement psychotrope	10,1%	6,7%	***
MDI supérieur à 25	5,1%	8,7%	***
Score moyen MDI	10 ±8	13 ±9	***
Tabac (> 16j/mois)	7,60%	11,10%	
Alcool (16j/mois)	23,90%	19,60%	
Sommeil jugé insuffisant en période de travail	64,5%	68,2%	
Heures sommeil par nuit (moyenne)	6,5 ±0,9	6,6 ±0,9	
EVA temps libre > 5	44,4%	26,7%	***
Heures temps loisir hors sport (moyenne par semaine)	5,7 ±6,7	4,9 ±6,4	
Heures sport (moyenne par semaine)	2,4 ±2,3	2,1 ±2,2	***
Difficultés financières (souvent/tout le temps)	8,1%	6,2%	
Difficultés à contrôler son poids	34,8%	42,9%	***
IMC	24,4 ±3,2	24,1 ± 4,1	
<u>AU TRAVAIL</u>			
Réponse questionnaire lendemain garde	8,4%	12,7%	***
Statut professionnel : interne	0	0	
Secteur public	0%	100%	***
Temps de travail par semaine	54,4 ±12,9	56,3 ±10,8	***
Nombre de garde par mois	3,8 ±2,8	4,3 ±2,1	***
Respect repos de sécurité	40,4%	83,1%	***
Dispo envie ou prise	6,90%	9,70%	
Pratique principale : anesthésie / réa / mixte	83,0 / 1,4 / 15,7%	63,8 / 15,6 / 20,6%	***
Mauvaises relations (désagréables, hostiles, tendues) avec			
Paramédicaux du service	0,8%	3,1%	***
Paramédicaux des autres services	2,5%	4,7%	
Médecins de votre service	7,3%	10,7%	
Médecins des autres services	8,1%	8,1%	
Chirurgiens	20,8%	22,0%	
Patients	3,1%	1,9%	
Administration	38,8%	38,0%	
Conflits fréquents au travail (> plusieurs fois par mois)	27,2%	37,5%	***
EVA emploi des compétences à leur juste valeur > 5	71,9%	61,9%	***
EVA salaire > 5	82,9%	45,5%	***
EVA conditions matérielles de travail > 5	60,7%	48,2%	***
EVA espace personnel au travail > 5	51,1%	56,2%	
EVA moyens de communication au travail > 5	82,5%	76,5%	***
EVA sentiment d'un travail d'équipe > 5	76,7%	71,4%	
EVA liberté d'action et de choix > 5	81,3%	72,0%	***
EVA situation professionnelle > 5	74,4%	61,9%	***
Taille de l'équipe > 30	35,8%	32,6%	
Ancienneté dans l'équipe (années) (médiane et interquartile)	10 (4 - 20)	6 (3 - 14)	
Délai depuis dernières vacances (en semaines) (médiane et interquartile)	5 (3 - 8)	6 (4 - 11)	***
Temps pause repas hors garde : souvent ou toujours	33,10%	48,50%	***
Réunion d'équipe fréquentes (plusieurs fois par mois ou plus)	32,3%	57,8%	***
Temps prévu pour la formation	33,1%	48,5%	***
Envisager arrêt travail / étude actuel ou dans le passé	50,0%	56,4%	***
p < 0.05 = ***			

Tableau 10 : Comparaison des réponses au questionnaire en fonction du secteur d'activité (n = 1254)
Résultats exprimés en pourcentage des réponses obtenues ou en moyenne

Discussion

1. Résultat principal

L'objectif principal de notre étude était de réévaluer la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes-réanimateurs en France au vu de ces nombreuses modifications. Cette enquête observationnelle menée en 2018 par auto-questionnaire retrouve un taux de burnout de 24,4% chez les anesthésistes-réanimateurs exerçant en France. Ce pourcentage est comparable à celui obtenu par Doppia chez les MAR de la cohorte SESMAT dix ans auparavant.

Le SdEP était défini dans notre étude par des scores moyens d'épuisement professionnel personnel et lié au travail au CBI strictement supérieur à 50%. Dans notre étude 1,3% des MAR avaient ces scores tous deux supérieurs à 75% constituant certainement une forme sévère de burnout et donc à haut risque de conséquences graves, sur les plans personnels et professionnels.

Le score d'épuisement professionnel lié au patient était presque deux fois plus faible que les deux autres composantes du questionnaire avec un score moyen de 23,3%. Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude princeps de Kristensen (2005) qui retrouvait une répartition similaire des scores d'épuisement professionnel chez les médecins ⁽⁴⁸⁾.

2. Points fort et limites de cette étude

Cette étude a réuni 1500 réponses, exclusivement de médecins anesthésistes-réanimateurs, seniors ou internes, exerçant en France. Au sein de cette population, il s'agit de l'échantillon le plus important interrogé sur ce sujet à ce jour avec plus de 12% de la cible théorique et avec un faible nombre de variables manquantes. Exclure les autres spécialités et les paramédicaux permettait d'éviter un biais de confusion.

Notre échantillon était représentatif de la population cible dans le type d'activité avec une distribution semblable des médecins entre les secteurs privé et publics, en comparaison avec les données du CNOM.

Notre échantillon n'était cependant pas représentatif en termes de démographie : les anesthésistes-réanimateurs hommes de plus de 65 ans et femmes de plus de 55 ans étaient sous-représentés au profit des moins de 35 ans. Ceci peut s'expliquer par la méthode de diffusion de notre questionnaire. En effet, le questionnaire a été diffusé par internet par mails et via les réseaux sociaux. Cette diffusion via internet a permis de recueillir un nombre important de réponses tout en limitant les données manquantes, certaines réponses étaient obligatoires pour que le questionnaire soit pris en compte. Ceci n'aurait pas été possible avec un format papier.

Certaines questions n'ont pas été abordées, comme la présence et le nombre d'astreintes, le temps de formation, le harcèlement au travail, la pratique de l'hypnose ou la survenue d'erreurs médicales.

3. Le choix d'une échelle : le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Il existe deux principaux scores d'évaluation du SdEP validés et utilisés dans la littérature. Le score historique est le MBI dont la première version date de 1981. Le second score, le CBI, a été conçu plus récemment, sa validation datant de 2005. Ces deux scores ont des approches radicalement différentes du SdEP.

Le questionnaire le plus utilisé dans la littérature médicale est le Maslach Burnout Inventory ⁽²⁾. Ce questionnaire comprend 22 items, correspondant aux trois dimensions du modèle de Christina Maslach : 9 questions relatives à l'épuisement émotionnel, 5 à la dépersonnalisation et 8 à la diminution de l'accomplissement personnel. Nous n'avons pas utilisé ce questionnaire pour plusieurs raisons. La première est que le manuel d'utilisation du MBI stipule que chaque dimension doit être cotée et interprétée de manière séparée, correspondant aux « différentes réactions psychologiques possibles » ⁽²⁾. Cette division du score en trois composantes entraîne des problèmes de définition du critère principal « burnout » dans les études, chaque étude redéfinissant un critère différent. Par exemple Chiron et al. (2010) définissaient le burnout comme un score de d'épuisement émotionnel supérieur à 18 sur 54 ou de dépersonnalisation supérieur à 6 sur 30, alors que Mion et al. (2013) définissaient le groupe « burnout syndrome » comme les réponses ayant au moins une des trois composantes dans la zone « élevée » (> 30, > 12 et < 33)^(6, 26). Pour Embriaco et al. (2007), dans un questionnaire adressé à un millier de réanimateurs français, le groupe « burnout » correspondait aux réponses avec un haut score d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation ou à un haut score total ⁽²⁹⁾. Ces différentes interprétations du même score limite la comparaison possible des cohortes si on ne dispose pas d'accès aux données sources. A notre connaissance, notre étude est à la première en France à réévaluer l'incidence du SdEP dans une cohorte de médecin, en réutilisant une même définition.

D'autres critiques ont été formulé à l'encontre du MBI et limitent son utilisation. Pour Kristensen et al. (2005) l'étude des trois dimensions pour détecter le burnout n'est pas appropriée puisqu'elle mélange un état émotionnel (l'épuisement émotionnel), une stratégie d'adaptation unique parmi plusieurs existantes (la dépersonnalisation) et une conséquence unique, la réduction de l'accomplissement personnel, parmi toutes celles possible. Une autre limite du MBI serait que certaines des questions entraîneraient un biais de déclaration car jugées trop négatives comme l'item « Je ne me soucie pas vraiment de qui arrive à mes patients » ⁽⁴⁸⁾. Par ailleurs l'utilisation du MBI est soumise à copyright impliquant un paiement pour chaque utilisation.

Nous avons choisi d'utiliser le Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Celui-ci présente plusieurs qualités. Dans sa forme le CBI est composé de questions faciles à comprendre avec des propositions de réponse simples permettant un meilleur taux de réponse. Les trois échelles du CBI, burnout ou SdEP personnel, lié au travail et lié aux patients, ont été élaborées sur des principes méthodologiques et théoriques pour en permettre l'usage séparé en fonction de la population concernée. Sur la cohorte princeps de l'étude prospective « PUMA », on constatait une corrélation forte entre les résultats au CBI et ceux du test SF-36, mesure standardisée de la qualité de vie, ainsi que ceux concernant la qualité de vie au travail ⁽⁴⁸⁾. Dès sa conception, le CBI a été formulé pour permettre la comparaison du SdEP dans différents métiers et d'autres auteurs ont vérifié cette fiabilité, comme Milfont et al. chez les enseignants en 2008 ⁽⁵¹⁾. Le CBI a été traduit dans de nombreuses langues et il s'agit d'un des questionnaires les plus utilisés dans l'étude du burnout. Ce questionnaire a été comparé au MBI chez des professionnels de santé par Winewood et Winfield en 2004 qui concluaient que le CBI présentait d'excellentes propriétés psychométriques et permettait une mesure appropriée du burnout chez les professionnels de santé⁽⁵²⁾. Le CBI est validé et recommandé par le Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité), l'ANACT (l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) et la DGT (Direction Générale du Travail) de 2015. ⁽⁵³⁾

Dans notre étude, l'utilisation du CBI nous permettait de comparer nos résultats à ceux d'une autre étude réalisée sur des anesthésistes-réanimateurs Français : l'enquête SESMAT⁽¹²⁾.

Le CBI propose trois questionnaires avec trois scores qui peuvent être facilement exprimées en pourcentages. Ces questionnaires sont conçus comme des échelles continues d'évaluation du burnout, sans notion de seuil. Dans l'étude REPAR, nous avons choisi d'inclure dans le groupe burnout les questionnaires présentant un score d'épuisement professionnel personnel strictement supérieur à 50% et un score d'épuisement professionnel lié au travail strictement supérieur à 50%. Sur le plan théorique, le burnout est constamment défini comme une réaction de l'individu au travail. Ce principe fondamental veut que l'on exclue de ce syndrome les individus souffrant d'un épuisement émotionnel ressenti au travail mais dont l'origine serait extra-professionnelle. C'est pour cette raison que nous avons utilisé ce double critère : il semble peu vraisemblable que l'on puisse souffrir de SdEP en ayant un score de faible de « burnout lié au travail ». Cette comparaison entre les deux échelles pour identifier les personnes qui attribuent leur fatigue à une cause non-professionnelle est décrite dès les travaux initiaux de Kristensen⁽⁴⁸⁾.

4. Evolution du SdEP en anesthésie -réanimation : comparaison aux autres études nationales

Les MAR ont vu leurs conditions de travail évoluer ces dix dernières années. Depuis 2009, vingt textes réglementaires ont été publiés, et soixante-quatre référentiels sont venus, sous l'égide de la SFAR, encadrer nos pratiques en péri-opératoire et en réanimation. Il faut rajouter à cela les mesures nationales concernant le temps de travail avec la mise en application de plus en plus rigoureuse du repos de sécurité et des 48h moyennées hebdomadaires mais aussi les lois concernant l'organisation du système de santé français, depuis la loi HPST en 2009. Ces lois ont modifié le mode de gestion des hôpitaux, avec la création de pôles d'activité soumis à des objectifs prévisionnels et éclatant parfois les équipes.

L'ensemble de ces changements ont pu entraîner une intensification du travail ou même altérer le sens du travail⁽²⁸⁾. Publiée en 2011, l'enquête SESMAT de Doppia et al. utilisait le CBI pour mesurer le burnout chez des médecins et pharmaciens salariés, dont un sous-groupe de 562 MAR répondants⁽¹²⁾. Dans cette étude 38,4% des MAR étaient en situation de SdEP. En reprenant les mêmes critères de définition du burnout que ceux utilisés dans l'étude SESMAT, en 2018, 42,2% des 1500 MAR de notre étude souffraient d'un SdEP. Si l'on exclut les internes et les MAR exerçant en secteur privé, 43,5% des 890 médecins séniors salariés de REPAR étaient en situation de SdEP. Si cette augmentation de 5% n'est pas significative statistiquement, on peut discuter sa significativité clinique et il est important de surveiller cette tendance. Une telle réévaluation impose la standardisation de nos outils de mesure du SdEP. Dans tous les cas, force est de constater que l'évolution de nos pratiques dans les dix dernières années n'a pas permis de diminuer l'incidence du SdEP en anesthésie-réanimation.

Concernant les autres enquêtes nationales, Chiron et al. identifiaient en 2010 des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation en faveur d'un burnout, respectivement chez 31% et 34% des MAR. Plus récemment dans la dernière enquête nationale Mion et al. concluaient en 2013 à un burnout chez 62% des 1091 MAR interrogés, en utilisant le MBI et ses trois dimensions. Dans cette enquête 35%, 21% et 6% avaient respectivement une, deux ou trois composantes du score MBI dans la zone de burnout élevé. Ces différences sont peu interprétables en raison de l'hétérogénéité des méthodologies et du choix du questionnaire utilisé pour le dépistage du burnout ainsi que du choix du score seuil retenu. Cela souligne l'intérêt pour les études futures de déterminer des critères consensuels de définition du burnout et éventuellement de sa forme sévère. En effet, même si l'épuisement professionnel et ses conséquences forment un processus continu, rendant la notion de seuil

inadéquate, cela permettrait la comparabilité des recherches et la mesure de l'efficacité des mesures visant à diminuer la prévalence du SdEP en anesthésie-réanimation.

Plus récemment Kansoun et al. réalisaient en 2018 une méta-analyse portant sur le burnout et incluant 37 études sur plus de 15 000 médecins français⁽⁵⁴⁾. La prévalence du burnout était estimée à 44% chez les anesthésistes-réanimateurs. Trois éléments majeurs limitent la comparaison avec nos résultats. La première limite est que cette méta-analyse excluait toutes les études ayant utilisé un questionnaire autre que le MBI. La deuxième limite est que cette méta-analyse mélangeait des études allant de 2000 à 2017 pour en conclure à une moyenne globale qui n'est pas une mesure en 2018 de l'incidence du SdEP. La troisième limite concerne la représentativité des échantillons correspondants aux études de la catégorie « anesthésistes et réanimateurs ». En effet, la méta-analyse portait sur quatre études : Dréano-Hartz et al. (2016) qui analysaient les réponses de 365 médecins travaillant en soins palliatifs, Embriaco et al. (2007) qui incluaient 978 médecins travaillant en réanimation sans précision sur le ratio entre anesthésistes-réanimateurs et réanimateurs médicaux, Garrouste-Orgeas et al. (2015) qui incluaient 1534 professionnels de santé travaillant en réanimation et en soins intensifs, en Ile-de-France ou dans le Sud-Est de la France dont 330 médecins et 1204 paramédicaux et enfin Soazic (2013) qui incluaient 100 médecins travaillant en soins palliatifs^(29, 55-57).

5. Contraste avec les autres spécialités, les autres pays, les autres métiers

Le SdEP en anesthésie-réanimation a fait l'objet d'étude à l'internationale. Au Portugal 58% des anesthésistes avaient des scores élevés d'épuisement émotionnel dans l'étude de Morais et al. (2006)⁽³⁴⁾. En Allemagne 40% des anesthésistes étaient à haut risque de burnout dans l'étude de Heinke et al. (2011)⁽⁵⁸⁾. Aux Etats-Unis, En Chine 69% des anesthésistes répondaient aux critères du burnout pour Li et al. (2018)⁽⁵⁹⁾.

Le SdEP affecte les médecins des autres spécialités. En France l'enquête SESMAT a été conduite de 2007 à 2008 auprès de plusieurs spécialités médicales et paramédicales et concluait à un score élevé de burnout chez 52% des urgentistes, 49% des oncologues et hématologues, 46% des gériatres et 37% des médecins exerçant en soins palliatifs⁽¹²⁾. La méta-analyse de Kansoun et al. (2018) estimait en France la prévalence moyenne du burnout à 48% pour les médecins généralistes et à 57% pour les médecins urgentistes⁽⁵⁴⁾. A titre de comparaison, aux Etats-Unis le rapport 2018 Medscape s'appuie sur les réponses de plus de 15000 médecins de 29 spécialités différentes et détaille des taux de burnout allant de 23% chez les chirurgiens plastiques, à 38% en anesthésie, gastro-entérologie ou rhumatologie, 43% en chirurgie générale, 45% en médecine d'urgence, jusqu'à 47% en médecine générale et 48% en neurologie et en soins intensifs⁽⁶⁰⁾.

Comparer l'incidence du SdEP entre professions est périlleux : ses causes et ses conséquences pourraient être différentes. Le burnout a initialement été dépeint dans le milieu médical mais a par la suite été décrit dans de multiples professions. A notre connaissance, c'est dans le milieu de l'enseignement qu'il est le plus étudié, après le milieu médical. Par exemple dans leur étude portant sur la validation du CBI chez des enseignants en Italie, Fiorilli et al. (2015) reportait des scores moyens d'épuisement professionnel personnel, lié au travail et lié aux élèves de respectivement 19%, 18% et 21%⁽⁶¹⁾. Shanafelt et al. (2019) ont récemment comparé l'évolution du burnout de 2011 à 2017 entre deux cohortes de plus de 5000 personnes chacune, une regroupant des médecins et l'autre représentative de la « population générale » travaillant aux Etats-Unis⁽⁶²⁾. Dans cette cohorte de « population générale » la prévalence du burnout était stable de 2011 à 2017 entre 28 et 29% alors qu'elle avait augmenté chez les médecins de 46% à 54% entre 2011 et 2014 puis rediminué à 44% en 2017.

6. Facteurs de risques du SdEP chez les MAR en France

6.1. Facteurs de risques liés au travail : modèle de Karasek

Plusieurs facteurs de risques de burnout retrouvés dans cette étude sont étroitement liés au vécu du travail et plus particulièrement au stress lié au travail. Robert A. Karasek, psychologue américain, a proposé en 1979 un modèle interactionniste en deux dimensions, internationalement connu comme le «modèle de Karasek»⁽⁶³⁾. Ce modèle est construit sur l'équilibre entre deux dimensions : la demande psychologique, en rapport avec les exigences du travail et avec sa productivité, et la latitude décisionnelle, en rapport avec l'autonomie au travail, la participation aux décisions et l'utilisation de ses compétences⁽⁶⁴⁾. On peut alors en déduire quatre situations spécifiques de travail présentées dans la figure 8.

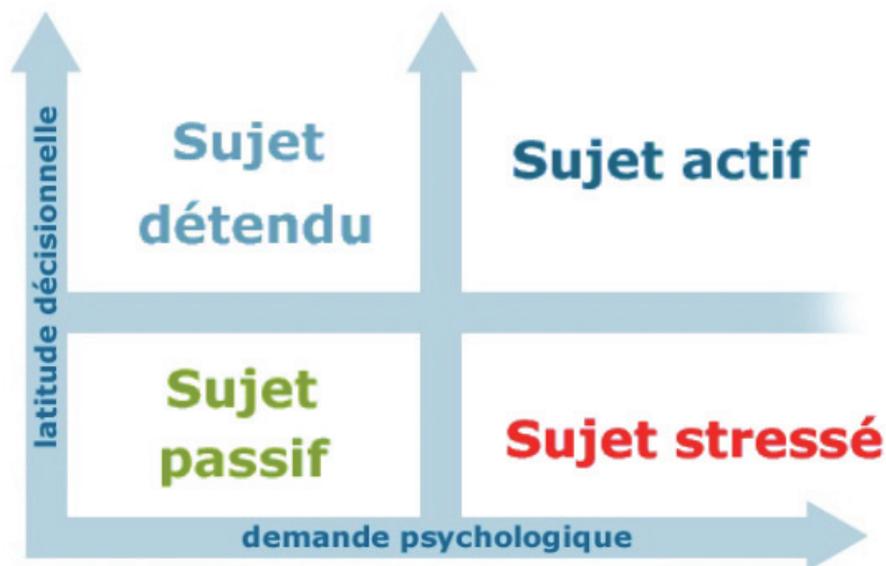


Figure 8 : Modèle de Karasek

Historiquement, le modèle de Karasek étudiait le stress au travail sur les données d'enquêtes américaines ou suédoises dans le but de réduire les tensions psychologiques et le risque de maladie notamment cardio-vasculaire. Son application dans la perspective de l'étude du SdEP semble cependant pertinente puisque le burnout résulte par définition d'une situation chronique de stress au travail.

Ce modèle permet d'identifier deux catégories parmi les facteurs de risque de burnout identifiés dans l'étude REPAR : d'une part ceux liés à une forte demande psychologique, et d'autre part, ceux liés à la latitude décisionnelle.

Le temps de travail est le premier déterminant de la charge psychologique liée à un travail. Dans notre étude le temps de travail et le nombre de gardes étaient liés significativement avec le burnout en analyse univariée. Cette relation n'était pas retrouvée en analyse multivariée, tout comme dans les travaux de Doppia et de Mion. Le temps de travail moyen n'a pas augmenté en dix ans : dans l'étude de Mion le temps de travail hebdomadaire moyen était de 53 ± 14 h contre 56 ± 10 h dans notre enquête avec des moyennes identiques de 4 gardes par mois⁽⁶⁾. La littérature médicale, passée en revue par Bria et al. en 2013, relie pourtant clairement le nombre d'heures travaillées au burnout et même aux erreurs

médicales⁽³³⁾. La plupart de ces études concernaient cependant des volumes horaires importants, parfois supérieurs à 80h par semaine. Elles sont à l'origine de la limitation à 80 heures par semaine le temps de travail des internes aux Etats-Unis en 2003 par l'ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education). Dans notre enquête les temps de travail par semaine étaient moins importants avec une moyenne par semaine de 62h pour les internes et de 56h pour les séniors.

La gestion du temps de travail paraît essentielle dans la prévention du SdEP. Si la charge horaire totale travaillée est liée à la survenue du burnout on constate dans notre étude que l'organisation de ce volume horaire est probablement aussi importante, permettant l'optimisation de la balance entre vie personnelle et professionnelle. Dans notre sondage, le respect du temps de travail était important (8 ou plus sur une échelle numérique de 1 à 10) pour 70% des MAR interrogés, et 80% jugeaient important de participer à l'élaboration de leur planning. On remarque que le temps moyen travaillé par les MAR en France reste supérieur aux recommandations européennes et françaises.

Le temps travaillé n'est pas le seul déterminant de la charge psychologique d'un travail : les conditions d'exécution de ce travail sont tout aussi importantes. Dans notre étude la satisfaction globale de sa propre situation professionnelle, de ses conditions matérielles de travail (espace personnel, transport) et de ses conditions organisationnelles (absence de pause repas) étaient significativement liées à la survenue d'un SdEP.

Dans le modèle de Karasek, la latitude décisionnelle permet de rendre le travailleur dynamique et motivé. A l'inverse des requêtes multiples, non-anticipables et à un rythme aléatoire augmentent le stress au travail⁽⁶⁴⁾. Il paraît donc logique de constater que les sentiments de liberté d'action et d'emploi des compétences à leur juste valeur diminuent l'incidence du SdEP dans notre étude.

Nous remarquons un lien significatif entre le souhait ou la prise d'un semestre de disponibilité et burnout : celui-ci peut traduire le besoin de repos physique et surtout psychologique. Il pourrait aussi traduire des difficultés de réadaptation au stress après une période de repos, notre questionnaire ne permettant pas de faire la différence entre ces deux situations. Le délai depuis la dernière semaine de vacances était en moyenne de deux semaines de plus dans le groupe burnout ce qui traduit probablement une fatigue accrue. Embriaco et al., retrouvait des scores de SdEP plus élevé chez les personnels en lendemain de garde, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Le fait d'avoir un score plus élevé sur les échelles de mesure du SdEP semble présenter une certaine sensibilité à l'accumulation de fatigue que ce soit aigue (garde) ou chronique (distance avec les vacances). Dans notre étude la réponse au questionnaire le lendemain d'une garde n'influçait pas le score de burnout, cette différence avec les résultats d'Embriaco pour s'expliquer par des taux d'application du repos de sécurité très différents : 44% contre plus de 70% dans notre étude. Il existait une tendance en faveur d'une augmentation du nombre d'arrêts de travail chez les sujets souffrant d'épuisement professionnel.

6.2. Facteurs de risques liés aux interactions sociales : modèle de Karasek et Theorell

Le modèle original en deux dimensions de Karasek ne tient pas compte des interactions sociales, c'est pourquoi Karasek a enrichi son modèle d'une troisième dimension en 1990 avec la contribution de T. Theorell⁽⁶⁵⁾. La troisième dimension correspond au soutien social, qu'il soit instrumental, tangible, informationnel ou émotionnel. Ce soutien joue un rôle modérateur vis-à-vis des effets négatifs des demandes excessives⁽⁶⁴⁾. Le modèle de Karasek et Theorell est illustré par la figure 9.

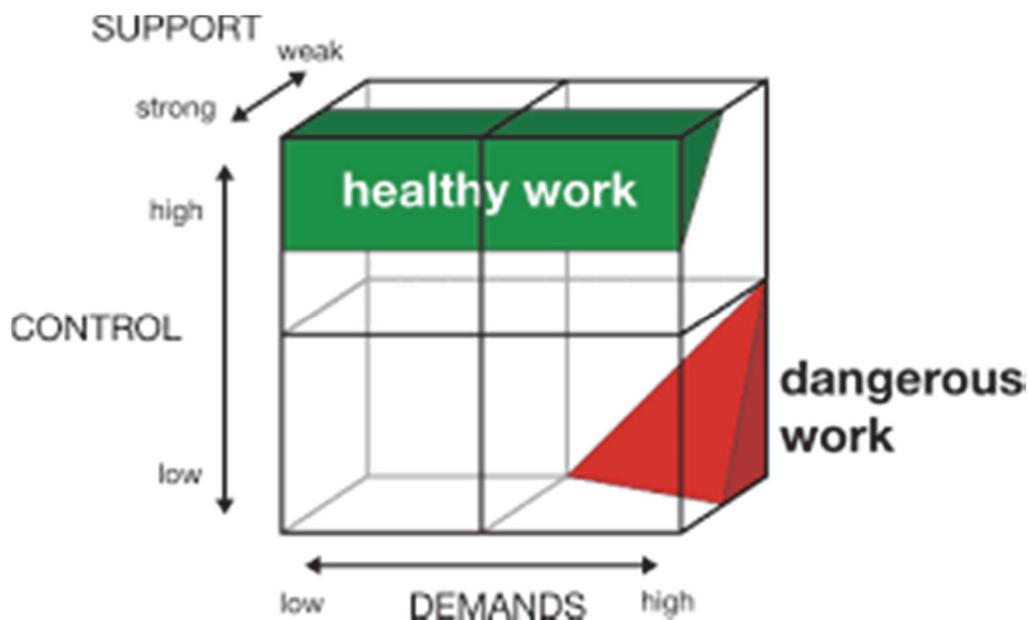


Figure 9: Modèle de Karasek et Theorell

En accord avec cette théorie, nous avons constaté que le sentiment de travail d'équipe et de bons moyens de communication au travail étaient inversement corrélés à la survenue du burnout en analyse univariée. Dans notre enquête les MAR en situation de SdEP participaient moins souvent à des réunions d'équipe.

A l'inverse, la fréquence des conflits, spécialement avec les chirurgiens, sont très significativement liés au burnout. Ces résultats sont concordants avec tous les principaux travaux menés en France et cités précédemment. Ces conflits peuvent être une cause mais aussi une conséquence du burnout et constituent un cercle vicieux.

Les réunions d'équipes, formelles ou informelles, peuvent permettre de diminuer la fréquence des conflits, simplement en augmentant la communication et la cohésion. La majorité des anesthésistes-réanimateurs interrogés dans notre étude sont très favorables (8 ou plus sur une échelle numérique de 1 à 10) à recevoir des formations spécifiques à la communication au travail, aux entretiens avec les patients et leur famille, et au management des équipes médicales et paramédicales.

Ces aspects de l'organisation du travail dépendent directement du chef orchestrant ses équipes. L'importance de ce rôle était soulignée par Shanafelt et al. en 2015 dans une enquête observationnelle portant sur plus de 2500 médecins⁽⁶⁶⁾.

6.3. Facteurs de risques liés à la récompense du travail : modèle de Siegrist

Le modèle de Siegrist vient compléter le modèle de Karasek et Theorell. Le modèle de Siegrist peut être représenté par une balance entre les efforts demandés par un travail et les récompenses issues de ce travail (figure 10)⁽⁶⁷⁾. Le déséquilibre de cette balance en faveur d'efforts importants pour une récompense faible augmenterait le stress au travail et était lié dans les travaux princeps à une augmentation du risque cardio-vasculaire.

Ce modèle justifie le lien observé entre SdEP et la satisfaction liée au salaire, ou encore la survenue de difficultés financières (figure 11). Ces résultats sont confirmés par ceux de l'étude SESMAT qui montrait une tendance similaire⁽¹²⁾.

Plus que le salaire, la reconnaissance perçue pour son travail s'incorpore pleinement dans le modèle de Siegrist (figure 12). Les travaux de Mion et de Doppia soulignaient l'importance de la valorisation du travail et de la reconnaissance perçue au travail mais aussi en dehors du travail. Notre auto-questionnaire ne comprenait pas de question spécifique à ce sujet. On peut toutefois s'intéresser aux items concernant le score d'épuisement professionnel lié au patient. On remarque que si 24% des MAR interrogés ont souvent ou tout le temps l'impression « de donner davantage qu'ils ne reçoivent » lorsqu'ils travaillent auprès des patients, seulement 1,6% trouvent frustrant le travail avec les patients « souvent » ou « tout le temps ». De plus, le score moyen d'épuisement personnel lié au patient a significativement diminué en dix ans alors que l'incidence du SdEP reste stable. Ainsi le manque de reconnaissance, en tout cas de la part des patients, ne semble pas être un mécanisme prépondérant dans la survenue du SdEP chez les MAR en France.

L'entretien des compétences permet une valorisation du travail. Dans notre enquête plus de la moitié des MAR (53%) ne disposaient pas de temps prévu pour leur formation et l'entretien de leurs compétences. Pourtant 85% d'entre eux jugeaient important (8 ou plus sur une échelle numérique de 1 à 10) de disposer d'un temps prévu dédié à leur formation. La reconnaissance par les patients et par les autres médecins de ses compétences, par la verbalisation ou par le salaire sont probablement des moyens de prévention du SdEP.

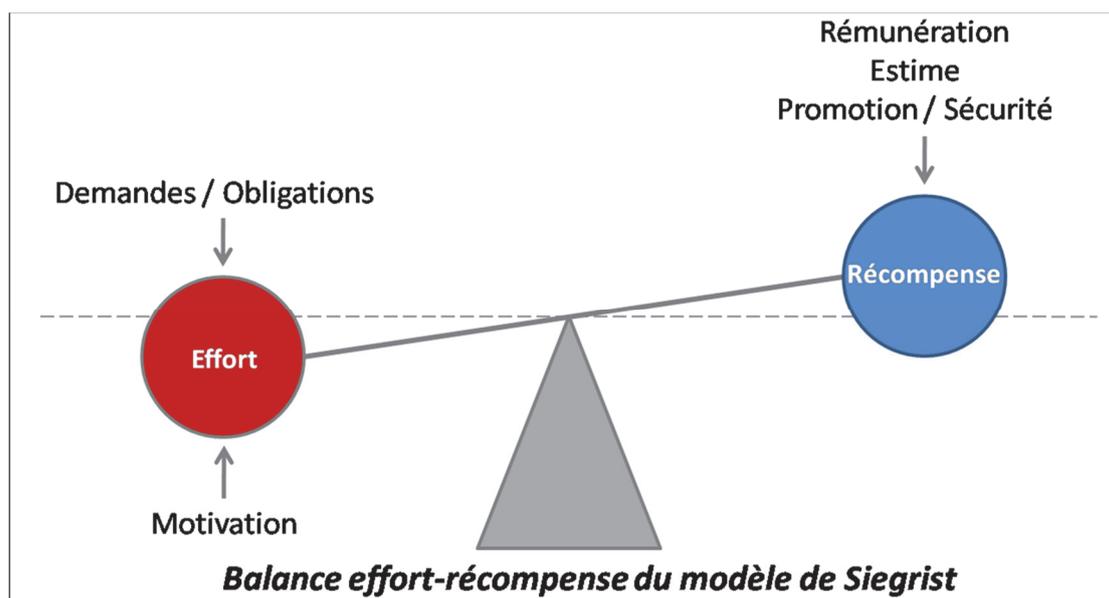


Figure 10 : Modèle de Siegrist

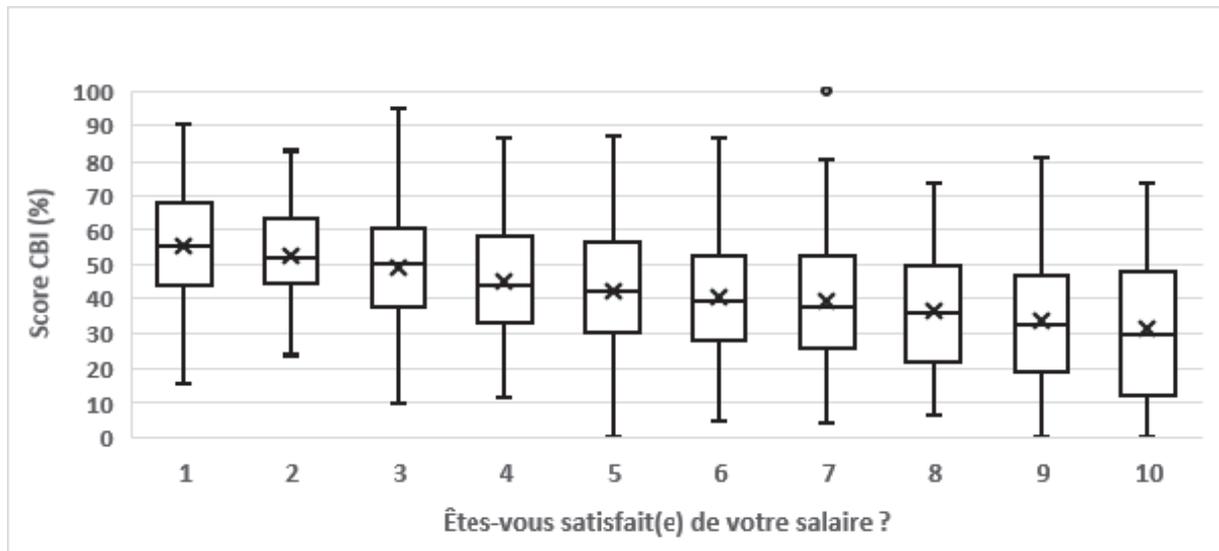


Figure 11 : Score CBI en fonction de la satisfaction liée au salaire



Figure 12 : Score CBI en fonction du sentiment d'emploi des compétences à leurs justes valeurs

6.4. Facteurs de risque liés au terrain

Chez les MAR ayant répondu à l'enquête REPAR, on constate que certains terrains sociaux ou psychologiques sont significativement liés à la présence d'un SdEP. Nous observons ainsi un lien entre le sexe féminin et la survenue d'un syndrome d'épuisement professionnel, comme dans les études de Doppia et al. ou de Chiron et al. Dans notre étude le fait d'avoir des enfants était pour les femmes significativement associé à la présence d'un SdEP. Dans cette analyse en sous-groupe ce facteur n'était pas retrouvé chez les hommes, alors que dans notre cohorte 56% des femmes MAR avaient des enfants contre 70% des hommes MAR. Cela pourrait suggérer une inégalité dans la parentalité ou au moins dans la charge psychologique qui lui est liée. Par ailleurs le score moyen au MDI était plus important chez les femmes avec un score plus souvent supérieur à 25. La disparité entre les deux sexes de la plupart des troubles psychiques est bien décrite dans la littérature médicale sans pouvoir apporter de réponse quant à son origine qui mêlerait facteurs génétiques et psychosociaux selon Papanikola et al. (2015)⁽⁶⁸⁾. L'analyse en sous-groupes identifiait la parentalité comme facteur de risque de survenue d'un SdEP chez les femmes ($p < 0,05$) mais pas chez les hommes ($p > 0,2$).

Notre étude ne retrouvait pas de lien significatif entre l'âge et l'épuisement professionnel. Ainsi les internes et jeunes praticiens, assistants ou chefs de cliniques, n'étaient pas significativement plus à risque de burnout. Ces résultats vont à l'encontre de ceux de Chiron et al. (2010) et de Doppia et al. (2011) en France^(12, 26). Il peut s'agir d'une conséquence de l'amélioration des conditions de vie au travail des internes et jeunes seniors, notamment avec l'application de plus en plus rigoureuse de la législation sur leur temps de travail et sur le repos de sécurité. De fait, en accord avec les recommandations européennes déjà en place, plusieurs textes de lois ont fixé en 2015 les obligations de service des internes en France à 48 heures hebdomadaires. Ces lois prévoient des tableaux de service nominatifs prévisionnels et des relevés trimestriels. Le sujet de l'épuisement émotionnel des internes a connu beaucoup de revendications dans la dernière décennie en France et a été très médiatisé. Le sujet du suicide chez les médecins n'a pas fait l'objet de statistiques nationales mais plusieurs études et travaux s'accordent pour dire que les médecins présentent plus de pensées suicidaires, moins de tentatives de suicide mais plus de suicide que la population générale⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾.

Nous n'avons pas observé non plus de lien entre le statut professionnel (PH, PHc, PU-PH...) et le SdEP, en accord avec les résultats de Mion et al. Il n'y avait pas non plus de différence en fonction de la discipline principale pratiquée (anesthésie ou réanimation). On peut toutefois remarquer qu'en analyse univariée l'exercice en secteur privé était significativement plus important chez les MAR ne souffrant pas de SdEP. Cette donnée est d'autant plus intéressante que notre échantillon comprenait des MAR travaillant en secteur privé dans un ratio comparable à l'échelle nationale selon les données du CNOM. Au travail les MAR exerçant en secteur privé rapportaient significativement moins de conflits, étaient globalement plus satisfaits de leurs conditions d'exercice et de leur salaire. Ils étaient moins nombreux à vouloir quitter la profession. Les scores d'épuisement professionnel lié aux patients étaient identiques dans les deux groupes. En dehors du travail ils étaient plus satisfaits de leurs temps de loisirs, prenaient plus souvent un traitement psychotrope mais avaient des scores de dépression au MDI plus faibles. Il est à noter que les MAR exerçant en secteur privé étaient plus souvent de sexe masculin, plus souvent en couple, avec des enfants mais aussi plus fréquemment divorcés. Ces derniers critères étant dans notre étude des facteurs de risques indépendants de SdEP, ces différences entre ces deux populations limitent l'interprétation de nos résultats.

La vie en couple n'apportait pas de protection par rapport au célibat face au burnout, contrairement aux conclusions de Mion et al. Cependant le statut de divorcé était significativement lié à la présence d'un SdEP. Par ailleurs plus de la moitié des MAR divorcés attribuaient au moins en partie leur divorce à leur travail. Dans l'étude SESMAT un score élevé de conflit travail/famille était un facteur de risque de

SdEP⁽¹²⁾. En 2012 une étude observationnelle menée en Chine par Wang et al. sur plus de mille médecins objectivait un lien entre les conflits familiaux et le SdEP⁽⁷²⁾.

Concernant le terrain psychologique, la prise d'un traitement psychotrope était, dans notre enquête, significativement liée à la présence d'un burnout. Les MAR présentant un SdEP consultaient plus souvent un psychiatre ou un psychologue. Le recours à ces thérapeutiques peut être une conséquence du SdEP. A l'inverse, la prise d'un traitement psychotrope ou un suivi psychologique peuvent être les marques d'une fragilité psychologique qui serait un terrain favorable à la survenue d'un burnout.

La consommation de drogues telles que les benzodiazépines, barbituriques, cannabis et morphiniques était liée au burnout mais pas celle de tabac ou d'alcool. La consommation de drogues peut une nouvelle fois être interprétée comme un terrain de fragilité ou bien comme une stratégie d'adaptation et une conséquence du burnout. Cette interprétation du lien entre le SdEP et la consommation de drogues est difficile et directement soumise au biais de déclaration.

A titre de comparaison, en France, Beaujouan et al. ont étudié la prévalence et les facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique dans une enquête nationale en 2005⁽⁷³⁾. 3 476 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 38% ; 23 % des répondants étaient des fumeurs quotidiens, 11 % étaient abuseurs ou dépendants à au moins une substance autre que le tabac : soit l'alcool (59%), les tranquillisants et les hypnotiques (41%), le cannabis (6%), les opiacés (5%), et les stimulants (2%). Les sujets souffrant d'addiction avaient plus souvent une perception négative de leurs conditions de travail. Dans la population générale, le Baromètre de Santé publique 2017 était une enquête probabiliste transversale menée par téléphone auprès d'un échantillon de 25 319 personnes résidant en France métropolitaine, parlant le français et âgées de 18 à 75 ans. A l'issue de cette enquête, l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT) publiait un rapport⁽⁷⁴⁾ sur les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. L'OFDT rapportait des niveaux d'usage dans l'année de 11% pour le cannabis, 2% pour la cocaïne, et moins de 1% pour les autres drogues dites « dures » (MDMA, LSD, héroïne, ecstasy, crack...). Concernant le tabac, 32% ont déclaré qu'elles fumaient au moins occasionnellement et 27% quotidiennement⁽⁷⁵⁾. Concernant l'alcool, 15% consommaient quatre à six fois par semaine ou quotidiennement de l'alcool⁽⁷⁶⁾.

Les travaux de Doppia et Mion retrouvaient tous deux une corrélation entre l'augmentation de la consommation de drogues d'une manière générale et la présence d'un burnout, avec notamment des résultats significatifs concernant le tabac chez Doppia, (14% de fumeurs quotidiens et 10% de fumeurs occasionnels) et pour l'alcool dans les travaux de Mion et al. qui évaluaient l'incidence de l'alcoolodépendance à 11% des MAR^(6, 12).

6.5. SdEP et dépression

Plusieurs études associent SdEP et dépression : selon les travaux originaux de Christina Maslach^(2, 77), le SdEP peut être une porte d'entrée vers un épisode dépressif majeur. Schonfeld et Bianchi posent la question d'un chevauchement entre les deux entités⁽⁷⁸⁾. Dans notre étude l'analyse multivariée confirmait un lien fort entre dépression et burnout.

La dépression majeure ou dépression caractérisée est décrite depuis l'antiquité. Elle est aujourd'hui définie par le DSM-V comme la persistance au-delà de deux semaines d'une humeur dépressive ou d'une anhédonie associée à au moins quatre autres symptômes dépressifs, en l'absence de cause médicamenteuse ou somatique, entraînant une souffrance cliniquement significative ou un dysfonctionnement social.

La description du burn-out est beaucoup plus récente. Dans chacune de ses conceptualisations princeps le SdEP est relié à la dépression. Ainsi dès la description première de Freudenberger, les personnes souffrant de burnout ressemblent et agissent comme des personnes déprimées⁽¹⁾. De même dans le modèle de Christina Maslach, on distingue la dépression considérée comme une atteinte globale, «pervertissant l'ensemble des aspects de la vie d'une personne», du burnout qui est lui spécifique de «l'environnement social du travail» et pourrait être alors une porte d'entrée dans la dépression^(2, 77). Le SdEP n'est pas défini de manière consensuelle et n'est pas reconnu comme maladie à part entière dans la majorité des pays. Seulement deux pays européens, l'Italie et la Lettonie, l'ont récemment reconnu comme maladie professionnelle⁽⁷⁹⁾.

Dans leurs travaux I. Schonfeld et R. Bianchi^(78, 80) mettent en évidence un chevauchement des deux entités : les groupes de patients ayant des scores élevés aux auto-questionnaires de burn-out, comme le MBI ou le SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measure), présentent des symptômes dépressifs dans une grande majorité des cas^(78, 80). Dans une étude observationnelle chez 5 575 enseignants, Bianchi et Schonfeld concluaient que 90% des sujets en burnout avaient des critères diagnostiques de dépression⁽⁸¹⁾. Dans cette dernière étude les auteurs ne considéraient en fait que les cas sévères de burnout pour minimiser les faux positifs, le groupe burnout ne comprenait que 67 participants sur 5575 enseignants, soit 1% de l'échantillon.

Dans notre étude, les MAR ayant des scores d'épuisement professionnel personnel et lié au travail tous les deux strictement supérieurs à 75% présentaient pour 76% d'entre eux un score MDI supérieur à 25. L'évolution du score au CBI en fonction du score au MDI montrait une forte corrélation avec une relation quasi-linéaire entre les deux scores. On remarquait toutefois certains points sur le graphique présentant des valeurs élevées à l'un des deux scores uniquement et correspondant à des situations de dépression sans burnout ou inversement de burnout sans dépression. Ces points correspondent à une réalité : certaines personnes peuvent présenter un SdEP sans dépression et inversement. Ce constat est en accord avec la conclusion d'une méta-analyse récente de Koutsimani et al. (2019) qui étudiait le lien entre le burnout et la dépression en analysant 67 études soit plus de 80 000 participants⁽⁸²⁾. Ce travail confirmait une association significative entre burnout et dépression mais l'étude de la corrélation entre ces deux variables concluait en faveur de l'existence de deux entités bien différenciées.

6.6. Facteurs de risques liés à l'hygiène de vie : la notion de résilience

Dans leur étude publiée en 2013 J. Zwack et J. Schweitzer s'interrogeaient : «si un médecin sur cinq est affecté par le burnout, qu'en est-il des quatre autres ?»⁽⁸³⁾. Soumis aux mêmes conditions de stress, certains médecins ne développeront pas de SdEP. Cette capacité à faire face, à gérer, à s'adapter à un traumatisme ou une source importante de stress est aussi appelée résilience⁽⁸⁴⁾. A partir de 200 entretiens avec des médecins allemands, Zwack et Schweitzer distinguaient trois stratégies efficaces pour faire face aux burnout. La première était la capacité à éprouver une gratification à son travail, et s'intègre dans le modèle de Siegrist précédemment cité.

La seconde stratégie était la faculté des médecins à prendre soin d'eux-mêmes notamment par leurs activités extra-professionnelles. Celle-ci est directement en rapport avec l'hygiène de vie. Dans notre étude, il existait un lien significatif entre le temps consacré aux loisirs et la présence d'un SdEP. Les MAR non atteints par le burnout dédiaient en moyenne et par semaine 2h de plus à leurs loisirs, et presque une heure de plus au sport, comparés aux MAR en situation de SdEP. On remarque que près de la moitié des MAR ne pratiquait pas une activité sportive régulière. Il existait une tendance liant la diminution du temps de sommeil au burnout, avec une diminution de 20 minutes par nuit en moyenne chez les MAR en situation de SdEP. Si cet écart peut paraître faible, il augmentait de plus de 20% le taux d'insatisfaction : 85% des MAR du groupe burnout jugeaient leur sommeil insuffisant contre 65% chez les autres. Les anesthésistes souffrant d'épuisement professionnel éprouvaient aussi plus de difficulté à contrôler leur poids (56% vs 35%), pour des IMC moyen pourtant semblables (24,2 vs 23,9). En cas de SdEP le sentiment d'inefficacité au travail et diminution de l'accomplissement personnel peut conduire à un surinvestissement autrement appelé «workaholisme» : cette augmentation du temps de travail se fait nécessairement au détriment des temps dédiés au sport, au loisirs et à la vie familiale⁽³⁾. Une bonne hygiène de vie serait donc à la fois un moyen efficace pour se prémunir du burnout et le reflet d'un meilleur équilibre entre vie au travail et vie privée.

La troisième stratégie décrite par Zwack et Schweitzer est une aptitude à se concentrer sur des aspects positifs, à mener une réflexion personnelle pour se protéger. On remarque une dichotomie entre réalité-subjectivité, très nette par exemple dans la gestion du poids. Pour une charge de travail identique, dans une même équipe, avec le même environnement professionnel, le stress perçu par deux médecins peut pourtant être différent. L'efficacité de stratégies de régulation des émotions, incluant la méditation, la pleine conscience ou l'auto-compassion, pour prévenir le SdEP a fait l'objet d'études scientifiques^(9, 47, 85-87). Dans une méta-analyse incluant 15 essais randomisés et 37 études de cohorte, West et al. (2016) concluaient que ces mesures individuelles, comme les mesures organisationnelles, peuvent diminuer significativement l'incidence du SdEP chez les médecins⁽⁴⁰⁾.

6.7. Médecine du travail et médecin traitant

Dans notre étude le suivi par un médecin traitant (32%) ou par la médecine du travail (seulement 18% dans les trois dernières années) n'étaient pas significativement lié à la présence burnout. Ces résultats sont à mettre en perspective avec les faibles taux de suivi : 68% des MAR interrogés n'avaient pas de médecin traitant, 82% n'avaient pas consulté de médecin du travail depuis plus de 3 ans dont 50% qui ne l'avaient simplement jamais consulté. Par ailleurs, la recherche d'un SdEP n'est pas systématique ni protocolisée à ce jour en médecine du travail ou en médecine de ville. Seulement 30% des MAR interrogés pensent que le suivi par un médecin traitant permettrait de mieux cerner les risques liés à l'épuisement professionnel.

Concernant leur propre suivi médical, seulement un tiers des MAR de notre étude sont suivis par un médecin traitant ce qui est probablement le marqueur indirect d'une importante automédication. Selon Voltaire «il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse». Les MAR comme les autres médecins peuvent se sentir inconfortable dans le rôle de patient. Wallace et al. (2009) redoutaient que les médecins n'interprètent leur propre demande d'aide comme une incapacité à faire face⁽³²⁾.

7. Efficacité de l'autodiagnostic

La simple question «pensez-vous souffrir d'épuisement professionnel» montrait des propriétés intéressantes. Avec une bonne spécificité et surtout une excellente valeur prédictive négative supérieure à 90%, une réponse négative permet d'exclure avec fiabilité un SdEP chez la personne interrogée. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude SESMAT qui retrouvait une valeur prédictive positive de 85% à la réponse « oui », une valeur prédictive négative de 81% à la réponse « non » et pourcentage de 56% de SdEP chez les personnes répondant «je ne sais pas»⁽¹²⁾. Simplement poser la question semble donc un bon début pour dépister un burnout chez les MAR.

8. Prévention du syndrome d'épuisement professionnel : proposition d'un *bundle*

En prenant en compte les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du SdEP chez les MAR interrogés dans notre étude combinés avec notre analyse de la littérature nous pouvons émettre un *bundle* de mesures, présenté dans le tableau 11, qui pourrait aider à diminuer l'incidence du SdEP chez les MAR en France.

Mesures individuelles : en dehors du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Règles hygiéno-diététiques <ul style="list-style-type: none"> o Consacrer du temps aux loisirs o Pratique sportive régulière o Dormir suffisamment - Entretenir son soutien social - Réguler ses émotions <ul style="list-style-type: none"> o Méditation o Pleine conscience o Auto-compassion - Rechercher le SdEP chez ses proches
Mesures organisationnelles : au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer la charge psychologique <ul style="list-style-type: none"> o Respect du temps de travail contractuel o Participation des MAR à l'élaboration de leur planning o Amélioration des conditions de travail : infrastructures, moyens d'accès et stationnement, moyens de communication, espace personnel o Former les MAR à la gestion du stress - Favoriser la liberté d'action et l'autonomie - Augmenter la satisfaction liée au travail <ul style="list-style-type: none"> o Salaire adapté o Valorisation des compétences, temps dédié à la formation o Reconnaissance - Diminuer les conflits, notamment MAR – chirurgiens <ul style="list-style-type: none"> o Réunions d'équipes formelles et informelles o Optimisation des moyens de communication o Formation au management et à la communication - Recherche le SdEP au sein des équipes <ul style="list-style-type: none"> o A échelle collective : évaluations régulière, possible aussi en médecine du travail o A échelle individuelle : connaître les terrains favorisant (femme, divorce, psychotropes, année de césure...) o Rechercher un SdEP en cas de dépression et une dépression en cas de SdEP

Tableau 11: Bundle de mesure visant à diminuer l'incidence du SdEP chez les MAR en France

Conclusion

Dix ans après l'étude SESMAT, l'incidence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins anesthésistes-réanimateurs en France n'a pas significativement changé. L'hétérogénéité des échelles définissant le burnout dans la littérature est à l'origine de variations artificielles dans l'estimation de son incidence. Dans l'étude REPAR, nous avons utilisé le Copenhagen Burnout Inventory avec un critère simple et reproductible, sur la plus importante cohorte de médecins anesthésistes-réanimateurs étudiée à ce jour en France. Nous constatons que près d'un quart de ceux-ci sont en situation de syndrome d'épuisement professionnel, et qu'un sur cent souffre d'une forme sévère.

Alors que les conditions de travail en anesthésie-réanimation évoluent, l'incidence du burnout en anesthésie-réanimation n'a pas augmenté. Toutefois, la tendance est à la hausse et il faut s'alarmer : plus d'un tiers des anesthésistes-réanimateurs envisagent à présent de quitter la profession soit deux fois plus que dans l'étude SESMAT.

Pour lutter contre le burnout il faut en déterminer les mécanismes : nous en avons réévalué les facteurs de risque. Il apparaît que certains terrains sont propices au syndrome d'épuisement professionnel: le sexe féminin, le divorce, la prise d'un traitement psychotrope ou un score de dépression élevé favorisent l'émergence d'un burnout. Après l'amélioration de leurs conditions de travail, les internes ne sont plus une population à risque. Les autres facteurs de risque se répartissent en deux axes. A l'échelle individuelle une hygiène de vie saine (avec notamment du temps dédié aux loisirs) est protectrice. A l'échelle collective, par-dessus le volume horaire, ce sont davantage les conditions de travail, l'organisation du travail et le relationnel au sein des équipes qui conditionnent la présence d'un syndrome d'épuisement professionnel. Ces facteurs de risques étaient pour la plupart déjà suspectés il y a dix ans et notre étude vient renforcer leur niveau de preuve et les compléter.

Le burnout est décrit depuis presque un demi-siècle. Le nombre d'études portant sur ce sujet ne cesse d'augmenter mais à ce jour peu de mesures de prévention sont en place. Pourtant, elles sont simples et reposent sur une prise de conscience individuelle de la part des médecins anesthésistes-réanimateurs associée à une profonde modification de l'organisation du travail. Il est urgent de les mettre en place et d'en mesurer l'impact de manière standardisée.

Bibliographie

1. Freudenberger HJ. Staff Burn Out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159–65.
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory: Manual. *Maslach Burn Invent*. 1996;(January):191–218.
3. HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. 2017;148.
4. Van Der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12(4):344–6.
5. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting Depression and Suicide in Physicians. *Jama* [Internet]. 2003;289(23):3161. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.289.23.3161>
6. 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 Reanim*. 2013;32(3):175–88.
7. De Oliveira GS, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: A survey of united states anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117(1):182–93.
8. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, De Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*. 2017.
9. Lapa TA, Madeira FM, Viana JS P-GJ. Burnout syndrome and wellbeing in anesthesiologists: the importance of emotion regulation strategies. *Minerva Anesthesiol*. 2017;
10. Giddings T. Understanding Doctors' Performance. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007;89(3):331–2.
11. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;
12. Doppia MA, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011;30(11):782–94.
13. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2017;32(4):475–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>
14. Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: A narrative review, implications, and directions for future research. Vol. 28, *Health Care Management Review*. 2003. p. 119–39.
15. Halbesleben JRB, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev*. 2008;33(1):29–39.
16. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488-91.

17. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358-67.
18. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan J a, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Intern Med.* 2009;302(12):1294–300.
19. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess* [Internet]. 2010;6:Doc09. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3010892&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
20. Lucchetti G, Damiano RF, DiLalla LF, Lucchetti ALG, Moutinho ILD, da Silva Ezequiel O, et al. Cross-cultural Differences in Mental Health, Quality of Life, Empathy, and Burnout between US and Brazilian Medical Students. *Acad Psychiatry.* 2018;42(1):62–7.
21. Savicki V. A Cross-cultural Study of Burnout and Job Roles [Internet]. Vol. 10, *Social Work in Europe.* 2002. Available from: <http://docs.scie-socialcareonline.org.uk/fulltext/84622.pdf>
22. Schoenenberger S, Behdin N-K, Gohar B. Cultural differences in burnout studies : review of French and Canadian researches about nurses ' work condition. 2016;(April):2–3.
23. Neckel S, Schaffner AK, Wagner G. Burnout, Fatigue, Exhaustion: An Interdisciplinary Perspective on a Modern Affliction. In: *Burnout, Fatigue, Exhaustion: An Interdisciplinary Perspective on a Modern Affliction.* 2017. p. 1–316.
24. Caruselli M, Michel F. Anesthetists and burnout syndrome: What strategies can prevent this dangerous combination? *Minerva Anesthesiol.* 2017;83(2):136–7.
25. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2003;90(3):333–7.
26. Chiron B, Michinov E, Olivier-Chiron E, Laffon M, Rusch E. Job Satisfaction, Life Satisfaction and Burnout in French Anaesthetists. *J Health Psychol.* 2010;
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L ' Atlas de la démographie médicale en France en 2015. 2011;2015(Chapitre li):1–102.
28. Doppia M-A, Lieutaud T, Mion G. Comment améliorer la qualité de vie des anesthésistes au travail? JARCA 2012 [Internet]. Vol. 2. 2012. Available from: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Comment_ameliorer_la_qualite_de_vie_des_anesthesistes_au_travail_Doppia-Lieutaud-Mion_.pdf
29. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(7):686–92.
30. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia.* 2003;58(4):339–45.
31. Shapard EWBL. Employee Burnout: A Meta-Analysis of the Relationship Between Age or Years of Experience. *Hum Resour Dev Rev* 2004. 2004;3(2):102-2.
32. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet.* 2009.
33. Bria M, Baban A, Dumitrascu D. Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdiscip J.* 2013;16 (September): 423–52.
34. Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol.* 2006;23(5):433–9.

35. McManus I, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med* [Internet]. 2004;2(1):29. Available from: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-2-29>
36. Blom V, Bergström G, Hallsten L, Bodin L, Svedberg P. Genetic susceptibility to burnout in a Swedish twin cohort. *Eur J Epidemiol*. 2012;27(3):225–31.
37. CFAR. Providing online self-tests to identify or assess behavior or health disorders related to chronic stress at work by health professionals in anesthesiology and intensive care in France. EAPH. 2015.
38. Howard SK, Rosekind MR, Katz JD, Berry AJ. Fatigue in Anesthesia Implications and Strategies for Patient and Provider Safety. *Anesthesiology*. 2002;97(5):1281–94.
39. Lindwall M, Gerber M, Jonsdottir IH, Börjesson M, Ahlborg G. The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Heal Psychol*. 2014;
40. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2016;388(10057):2272–81. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
41. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *J Grad Med Educ*. 2017;
42. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians. *JAMA Intern Med*. 2017;
43. Heslin MJ, Doster BE, Daily SL, Waldrum MR, Boudreaux AM, Smith AB, et al. Durable Improvements in Efficiency, Safety, and Satisfaction in the Operating Room. *J Am Coll Surg*. 2008;206(5):1083–9.
44. Dureuil B. Comment l'organisation du travail peut prévenir l'épuisement professionnel en anesthésie-réanimation ? 2011.
45. Estryn-behar M. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail . Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. *Rev Fr Aff Soc*. 2010;4(4):27–52.
46. Leriche B. Le Médecin Malade [Internet]. 2008. Available from: www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.p
47. Williams D, Tricoli G, Gupta J, Janise A. Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline. *Academic Psychiatry*. 2015.
48. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):192–207.
49. Olsen LR, Jensen D V., Noerholm V, Martiny K, Bech P. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychol Med*. 2003;33(2):351–6.
50. Bech P, Timmerby N, Martiny K, Lunde M, Soendergaard S. Psychometric evaluation of the Major Depression Inventory (MDI) as depression severity scale using the LEAD (Longitudinal Expert Assessment of All Data) as index of validity. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015;15(1):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0529-3>
51. Milfont TL, Denny S, Ameratunga S, Robinson E, Merry S. Burnout and wellbeing: Testing the Copenhagen burnout inventory in New Zealand teachers. *Soc Indic Res*. 2008;89(1):169–77.

52. Winwood PC, Winefield AH. Comparing two measures of burnout among dentists in Australia. *Int J Stress Manag.* 2004;11(3):282–9.
53. DGT, Anact, INRS. Le syndrome d' épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. 2015. 34 p.
54. Ziad K, Laurent B, Marianne H, Virginie V, Christophe L, Guillaume F. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;246(July 2018):132–47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>
55. Dréano-Hartz S, Rhondali W, Ledoux M, Ruer M, Berthiller J, Schott AM, et al. Burnout among physicians in palliative care: Impact of clinical settings. *Palliat Support Care.* 2016;
56. Garrouste-Orgeas M, Perrin M, Soufir L, Vesin A, Blot F, Maxime V, et al. The Iatref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Med.* 2015;41(2):273–84.
57. DREANO HARTZ S, com. UVSB 2. BFRA/. Mesure de l'épuisement professionnel travaillant en unité de soins palliatifs et en équipe mobile de soins palliatifs. Étude de faisabilité. Échantillon de 100 médecins. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2013. Available from: [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=epuisement professionnel des medecins en france&_fd=2000&_ed=2017&_sort=TypDoc&_start=62](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=epuisement+professionnel+des+medecins+en+france&_fd=2000&_ed=2017&_sort=TypDoc&_start=62)
58. Heinke W, Dunkel P, Brähler E, Nübling M, Riedel-Heller S, Kaisers UX. Burnout in anesthesiology and intensive care. Is there a problem in Germany? *Anaesthesist.* 2011;60(12):1109–18.
59. Li H, Zuo M, Gelb AW, Zhang B, Zhao X, Yao D, et al. Chinese anesthesiologists have high burnout and low job satisfaction: A cross-sectional survey. *Anesth Analg.* 2018;
60. Peckham C. Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018. Medscape. 2018.
61. Fiorilli C, De Stasio S, Benevene P, Iezzi DF, Pepe A, Albanese O. Copenhagen Burnout Inventory (CBI): A validation study in an Italian teacher group. *TPM - Testing, Psychom Methodol Appl Psychol.* 2015;22(4):537–51.
62. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele D V., et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc.* 2019;
63. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q.* 1979;
64. Franck PZ et, Guarnieri. Modèle de Karasek Wim Van Wassenhove To cite this version : Paris Le Seuil,. 2014;170–4.
65. Karasek R, Theorell T. Linking productivity and health. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life.* Natl Product Rev. 1990;
66. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(4):432–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>
67. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 1996;1(1):27–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9547031>
68. Papanikola G. Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux ? 2015;1750–4.
69. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting Depression and Suicide in Physicians. *Jama* [Internet]. 2003;289(23):3161. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.289.23.3161>

70. Lamarche K, Chocard A. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins [Internet]. 2009. Available from: <http://psyfontevraud.free.fr/memoires/suicide-medecin-LAMARHE-2009.pdf>
71. Chocard A, Gohier B, Juan F. Le suicide des médecins. *Revue de la littérature*. In: *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 2003. p. 65:23-29.
72. Wang Y, Chang Y, Fu J, Wang L. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: The mediating effect of psychological capital. *BMC Public Health*. 2012;12(1):232–40.
73. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique: Résultats de l'enquête nationale. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2005;24(5):471–9.
74. OFDT. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2017. *Tendances*. <Http://WwwOfdtFr/Ofdtdev/Live/Publi/Tend/Tend76Html>. 2010;
75. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, et al. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiologique Hebdomadaire* [Internet]. 2018;14–15:265–73. Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf
76. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V et le groupe B de S publique F 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebdomadaire* 2019;(5-6)89-97 [Internet]. 2019;89–97. Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
77. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach* [Internet]. 2017;39(2):160–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248918>
78. Schonfeld IS, Bianchi R. Burnout and Depression: Two Entities or One? *J Clin Psychol*. 2016;72(1):22–37.
79. Eurofound. Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU. 10 September 2018. 2018.
80. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015;36:28–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>.
81. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is Burnout a Depressive Disorder ? A Reexamination With Special Focus on Atypical Depression. 2014;21(4):307–24.
82. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* [Internet]. 2019;10(March):1–19. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.00284/full>.
83. Zwack J, Schweitzer J. If Every Fifth Physician Is Affected by Burnout, What About the Other Four? Resilience Strategies of Experienced Physicians. *Acad Med*. 2013.
84. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol*. 2011.
85. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci*. 2011.
86. Krasner MS. Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*. 2009.
87. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in Medicine. *JAMA* [Internet]. 2008;300(11):1350–2. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/300/11/1350>.

Annexe : questionnaire complet

Le but de ce travail est de faire un état des lieux de la qualité de vie et du syndrome d'épuisement professionnel chez les Anesthésistes-Réanimateurs (internes, assistants, praticiens hospitalier, praticiens libéraux, remplaçants...) afin de mieux en cerner les causes. L'objectif étant de défendre et de mettre en place des mesures adaptées à nos problématiques, pour améliorer notre qualité de travail et de vie en modifiant notre environnement et nos pratiques.

Les données seront anonymisées, votre mail est demandé afin d'éviter les doublons, il ne sera pas conservé. Les résultats seront communiqués dès qu'ils auront été analysés.

Le questionnaire est composé de plusieurs parties concernant :

- vos caractéristiques démographiques
- votre vécu du travail
- votre environnement extra-professionnel
- votre environnement professionnel
- votre opinion sur les perspectives d'amélioration de nos conditions de travail

Il vous faudra entre 5 et 10 min pour le remplir intégralement.

Ce questionnaire a été réalisé en collaboration avec une équipe de psychiatres.

Ce questionnaire a été initialement réalisé pour le Syndicat National des Jeunes Anesthésistes Réanimateurs (SNJAR) pour une réévaluation de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel et de ses causes chez les anesthésistes réanimateurs. Il a été soumis à la commission SMART du CFAR, ainsi qu'au groupe jeune de la SFAR. Nous remercions les groupes partenaires qui ont contribué à son amélioration et permettent sa diffusion : le Groupe Jeune SFAR, l'AJAR France, le CFAR, le SNPHARE, le SMARNU...

Les données sont conservées pendant 5 ans par l'investigateur principal et sont destinées uniquement à une utilisation épidémiologique. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : enqueterepar@gmail.com

Caractéristiques démographiques

Quel âge avez-vous ?

Vous êtes : un homme / une femme

Votre situation familiale :

Avez-vous des enfants ?

Poids

Taille

Remplissez-vous ce questionnaire le lendemain d'une garde ?

Vous êtes : interne ou type de poste

En quelle année avez-vous passé l'ECN ?

Dans quelle ville effectuez-vous votre internat ?

Combien de temps travaillez-vous par semaine (en h) gardes comprises ?

Combien effectuez-vous de gardes par mois ?

Prenez-vous vos repos de garde ?

Prévoyez-vous de prendre ou avez-vous pris une année de disponibilité durant votre internat ?

A la fin de votre internat, vous souhaitez pratiquer principalement :

En quelle année avez-vous validé votre DES ?

Dans quelle ville avez-vous réalisé votre internat ?

Combien de temps travaillez-vous par semaine (en h) gardes comprises ?

Combien effectuez-vous de gardes par mois ?

Prenez-vous vos repos de garde ?

Avez-vous pris une année de disponibilité durant votre internat ?

Vous pratiquez principalement : anesthésie / réanimation / mixte

Evaluation du syndrome d'épuisement professionnel

A quelle fréquence vous sentez-vous fatigué ?

A quelle fréquence êtes-vous épuisé(e) physiquement ?

A quelle fréquence êtes-vous épuisé(e) émotionnellement ?

A quelle fréquence pensez-vous "Je n'en peux plus" ?

A quelle fréquence vous sentez-vous complètement vidé(e) ?

A quelle fréquence vous sentez-vous faible et vulnérable aux maladies ?

A quelle fréquence vous sentez-vous vidé(e) à la fin de la journée de travail ?

A quelle fréquence vous sentez-vous épuisé(e) le matin à l'idée d'une nouvelle journée de travail ?

A quelle fréquence ressentez-vous que chaque heure passée à travailler est éprouvante ?

Lors de vos temps de loisirs avec votre famille ou vos amis, à quelle fréquence manquez-vous d'énergie ?

Votre travail vous épuise-t-il émotionnellement ?

Votre travail vous fruste-t-il ?

Vous sentez-vous épuisé(e) professionnellement à cause de votre travail ?

Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ?

Travailler avec des patients vous vide-t-il de votre énergie ?

Trouvez-vous frustrant de travailler avec des patients ?

Avez-vous l'impression de donner davantage que vous ne recevez, lorsque vous travaillez avec des patients ?

Êtes-vous fatigué(e) de travailler avec des patients ?

Vous demandez-vous parfois combien de temps vous allez être capable de continuer de travailler avec des patients ?

Pensez-vous souffrir d'un syndrome d'épuisement professionnel ?

Votre environnement extra-professionnel :

Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue ?

Prenez-vous un traitement psychotrope (anxiolytique / anti-dépresseur / neuroleptique) ?

Combien d'arrêts de travail de courte durée (moins de 14 jours) avez-vous pris ces 6 derniers mois ?

Avez-vous ou avez-vous eu des difficultés financières ?

Avez-vous des difficultés à contrôler votre poids ?

Quel métier exerce votre conjoint ?
 Êtes-vous divorcé(e) ?
 Consommez-vous des drogues ? Tabac / alcool / cannabis / benzodiazépines
 et barbituriques / morphiniques / psychodysléptiques et kétamine / cocaïne
 et amphétamine
 Combien d'heures dormez-vous en moyenne par nuit en période de travail ? (hors vacances)
 Estimez-vous votre sommeil suffisant en période de travail ?
 Estimez-vous avoir assez de temps libre ?
 Pratiquez-vous un sport régulièrement ?
 Quel est le temps que vous consacrez au sport (en h) par semaine ?
 Combien de temps consacrez-vous à vos activités de loisir (hors sport) en une semaine (en h) ?
 A quand remonte, en nombre de semaines, votre dernière semaine de vacances ?
 Au cours des deux dernières semaines : Vous êtes-vous senti(e) triste ou démoralisé(e) ?
 Avez-vous manqué d'intérêt pour vos activités quotidiennes ?
 Avez-vous eu l'impression de manquer de force ou d'énergie ?
 Vous êtes-vous senti(e) moins sûr(e) de vous ?
 Avez-vous eu mauvaise conscience ou vous êtes-vous senti(e) coupable ?
 Avez-vous eu du mal à vous concentrer par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?
 Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ?
 Vous êtes-vous senti(e) ramolli ou ralenti(e) ?
 Avez-vous eu du mal à dormir la nuit ?
 Avez-vous eu moins d'appétit que d'habitude ?
 Avez-vous eu plus d'appétit que d'habitude ?

Votre environnement professionnel :

Depuis combien d'années travaillez-vous dans votre service ?
 Comment qualifiez-vous les relations entre vous et les groupes suivants : [Personnel paramédical de votre service]
 Comment qualifiez-vous les relations entre vous et les groupes suivants : [Personnel paramédical d'autres services]
 Comment qualifiez-vous les relations entre vous et les groupes suivants : [Médecins de votre service]
 Comment qualifiez-vous les relations entre vous et les groupes suivants : [Médecins des autres services]
 Comment qualifiez-vous les relations entre vous et les groupes suivants : [Chirurgiens]
 Comment qualifiez-vous les relations entre vous et les groupes suivants : [Patients]
 Comment qualifiez-vous les relations entre vous et les groupes suivants : [Administration]
 A quelle fréquence rentrez-vous en conflit au travail ?
 Estimez-vous que vos compétences soient employées à leurs justes valeurs ?
 Êtes-vous satisfait(e) de votre salaire ?
 Êtes-vous satisfait(e) de vos conditions de travail : infrastructure, bureau, matériel ?
 Pouvez-vous vous rendre facilement à votre travail ? (durée voyage et parking)
 Êtes-vous satisfait de l'espace personnel dont vous disposez au travail (bureau, vestiaire, espace détente)
 Techniquement (annuaires, téléphones et dect dédiés, organisation des locaux...) pouvez-vous communiquer facilement avec vos collègues sur votre lieu de travail ?
 Avez-vous l'impression de travailler en équipe ?
 Quelle est la taille de l'équipe dans laquelle vous travaillez quotidiennement ?
 Estimez-vous être libre de vos actions et de vos choix dans votre travail ?
 Prenez-vous le temps de faire une pause pour vos repas ? [Hors-garde]
 Prenez-vous le temps de faire une pause pour vos repas ? [En garde]
 A quelle fréquence participez-vous à des réunions d'équipe ? (staffs pluridisciplinaires, RMM, retour d'expérience, discussion de dossier, chefferie et organisation...)
 Au travail, disposez-vous d'un temps prévu à votre formation et à l'entretien de vos compétences ?
 Êtes-vous satisfait de votre situation professionnelle ?
 Envisagez-vous ou avez-vous déjà envisagé de stopper votre travail ou vos études ?
 Avez-vous déjà demandé de l'aide pour faire face à un stress ou une anxiété au travail (ami, psychologue,...) ?

Pensez-vous avoir besoin d'aide pour faire face à votre stress ou à votre anxiété ?

Avez-vous un médecin traitant ?

Êtes-vous suivi(e) par la médecine du travail ?

Votre opinion :

Le respect du temps de travail est-il essentiel pour vous ?

Participer à l'élaboration de votre planning de travail est-il important pour vous ?

Aimeriez-vous disposer d'un temps de travail dédié à la formation et l'entretien des compétences ?

Aimeriez-vous avoir des formations spécifiques à la communication et aux entretiens avec les patients et leur famille ?

Aimeriez-vous avoir des formations spécifiques à la communication au travail ?

Aimeriez-vous avoir des formations spécifiques au management des équipes médicales et paramédicales ?

Aimeriez-vous recevoir une formation sur la gestion du stress ?

Aimeriez-vous avoir l'occasion de débriefer certaines prises en charge traumatisantes (échecs, erreurs, conflits...) ?

Vous étiez-vous déjà intéressé au syndrome d'épuisement professionnel ?

Pensez-vous qu'avoir un suivi par la médecine du travail permettrait de mieux cerner les risques liés à l'épuisement professionnel ?

Pensez-vous qu'avoir un médecin traitant permettrait de mieux cerner les risques liés à l'épuisement professionnel ?

Connaissez-vous la campagne "Dis Doc t'as ton Doc ?"

Savez-vous que le CFAR a mis en place un numéro vert pour les Anesthésistes-réanimateurs ?

Vous pouvez laisser un commentaire ici :

Index des tableaux

Tableau 1: Epidémiologie du SdEP : facteurs de risques identifiés à partir de la littérature.....	6
Tableau 2: Epidémiologie du SdEP : axes de prévention et mesures interventionnelles.	7
Tableau 3 : Résultats détaillés au CBI dans notre échantillon	14
Tableau 4 : Comparaison des scores de SdEP REPAR / SESMAT.....	16
Tableau 5: Comparaison REPAR / SESMAT en excluant le secteur privé et les internes	16
Tableau 6: Comparaison des items selon le critère SdEP	19
Tableau 7 : Facteurs associés à un SdEP : modèle multivarié.....	20
Tableau 8: Evaluations par EVA de différents domaines de la vie professionnel des MAR.....	23
Tableau 9 : Comparaison des réponses au questionnaire en fonction du sexe	26
Tableau 10 : Comparaison des réponses au questionnaire en fonction du secteur d'activité	28
Tableau 11: Bundle de mesure visant à diminuer l'incidence du SdEP chez les MAR en France.....	43

Index des figures

Figure 1 : Répartition des profils professionnels des MAR répondeurs.....	11
Figure 2: Pyramide des âges des MAR de notre échantillon et de l'annuaire du CNOM 2015	12
Figure 3 : Scores aux trois composantes du CBI, moyennes et écarts-types	13
Figure 4: Corrélation entre les scores MDI et CBI	17
Figure 5 : Facteurs de risques associés à la survenue d'un SdEP	20
Figure 6: Description par les MAR de leurs relations au travail	22
Figure 7: Résultats de l'enquête d'opinion	24
Figure 8 : Modèle de Karasek.....	33
Figure 9: Modèle de Karasek et Theorell	35
Figure 10 : Modèle de Siegrist	36
Figure 11 : Score CBI en fonction de la satisfaction liée au salaire	37
Figure 12 : Score CBI en fonction du sentiment d'emploi des compétences à leurs justes valeurs ..	37

Glossaire des abréviations

AAL :	Syndicat des Anesthésistes Libéraux
ACGME :	Accreditation Council for Graduate Medical Education
AJAR :	Association des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs
ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
CBI :	Copenhagen Burnout Inventory
CFAR :	Collège Français d'Anesthésie-Réanimation
CIM 10 :	Classification Internationale des Maladies, 10 ^e révision
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DES :	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DGT :	Direction Générale du Travail
DSM-V :	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 5 ^{ème} édition
ENC :	Examen National Classant
HAS :	Haute Autorité de Santé
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité
MAR :	Médecins Anesthésistes-Réanimateurs
MBI :	Maslach Burnout Inventory
MDI :	Major Depression Inventory
REPAR :	Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésie-Réanimation
SdEP :	Syndrome d'Épuisement Professionnel
SESMAT :	Santé et Satisfaction des Médecins au Travail
SFAR :	Société Française d'Anesthésie-Réanimation
SMARNU :	Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs Non-Universitaires
SNJAR :	Syndicat National des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs
SNPHARe :	Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs élargi

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Etude REPAR : Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésie-Réanimation en France par auto-questionnaire

Objectif- Les conséquences du syndrome d'épuisement professionnel (SdEP) ou burnout sont graves aussi bien au niveau individuel pour les soignants que collectif pour leurs patients. Il y a 10 ans, Doppia (2011)⁽¹⁾ et Mion (2013)⁽²⁾ décrivaient l'incidence du burnout en France en anesthésie-réanimation. L'objectif principal de cette étude était de réévaluer la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes-réanimateurs en France. L'objectif secondaire était d'en rechercher les facteurs de risques.

Matériel et méthodes- L'enquête REPAR est une étude observationnelle prospective nationale sous la forme d'un auto-questionnaire diffusé sur internet du 11 avril au 01 juillet 2018. La population cible de cette enquête était les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) séniors et internes, quel que soit leur mode d'exercice (anesthésie et/ou réanimation) et leur lieu d'exercice (privé ou public, CHU, CH...). Le burnout était étudié par le Copenhaguen Burnout Inventory (CBI) avec comme critère discriminant des scores moyens d'épuisement professionnel personnel et lié au travail strictement supérieur à 50%. Les autres questions évaluaient les caractéristiques démographiques, la santé, l'humeur par le Major Depression Inventory (MDI), les loisirs et le travail. Les tests T de student et du Chi2 puis l'analyse multivariée par régression logistique ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS© Statistics 25.0 en retenant un seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats- Au total 1519 questionnaires ont été complétés, 1500 ont été retenus et analysés. L'échantillon était composé d'internes (17%), assistants spécialisés ou chefs de cliniques assistants (8%), PH (43%), PHA-PHC (7%) et PU-PH (2%), et de MAR exerçant une activité libérale ou en secteur privé (24%). L'âge moyen était de 43 ± 13 ans et le ratio homme/femme de 52% pour 48%. Parmi les MAR, 24,4% étaient en burnout, 9,1% souffraient de dépression et 35,1% envisageaient de changer de travail ou d'arrêter leurs études. Le temps de travail moyen par semaine était de 62 ± 10 h pour les internes et de 56 ± 12 h pour les séniors. Le repos de sécurité n'était pas appliqué par 9,4 % des internes et 32,7% des séniors. Nous avons comparé nos résultats à ceux de Doppia et al. dans l'étude SESMAT⁽¹⁾. Dans SESMAT, le critère déterminant était un score moyen d'épuisement professionnel personnel ≥ 3 en transformant le CBI en échelle de 1 à 5. En reprenant leur méthodologie de calcul, 42,2% de notre échantillon avaient un score élevé de burn-out versus 38,4% pour SESMAT en 2011. Cette augmentation n'était pas significative.

L'analyse multivariée trouvait douze variables significativement liées au burnout : un score MDI supérieur à 25, l'auto-évaluation péjorative de sa situation professionnelle, la prise d'un traitement psychotrope, le statut divorcé, la prise effective ou souhaitée d'un semestre de disponibilité pendant l'internat, le sexe féminin, des difficultés ressenties pour contrôler son poids, une diminution des temps consacrés aux loisirs, les mauvaises relations avec les chirurgiens, les conflits au travail, l'absence de pause repas au travail, des difficultés de transport au lieu de travail.

Conclusion- Près d'un quart des MAR sont en situation de SdEP. L'hétérogénéité des échelles définissant le SdEP dans la littérature est à l'origine de variations artificielles du pourcentage estimé de burnout. Il est donc important pour les travaux à venir de définir des critères consensuels de définition. Les principaux facteurs de risque se répartissent en deux groupes : à l'échelle individuelle la qualité de vie en dehors du travail et à l'échelle collective l'organisation du travail et le relationnel au sein des équipes. Ils constituent deux axes importants dans la prévention du SdEP.

⁽¹⁾ Ann Fr Anesth Reanim. 2011;30(11):782–94.

⁽²⁾ Ann Fr Anesth Reanim. 2013;32(3):175–188

Mots-clefs : syndrome d'épuisement professionnel, burnout, anesthésie, réanimation, qualité de vie au travail, dépression.