

# Évaluation et prévention de l'épuisement professionnel du personnel de réanimation

N. Embriaco; L. Papazian; E. Azoulay

## PLAN DU CHAPITRE

- Introduction
- Définition du syndrome d'épuisement professionnel
- L'épuisement professionnel des médecins réanimateurs
- L'épuisement professionnel des infirmières de réanimation
- Conséquences du syndrome d'épuisement professionnel
- Prévenir la survenue de l'épuisement professionnel
- Conclusion

## Introduction

Le syndrome d'épuisement professionnel (EP), identifié dans les années soixante-dix aux États-Unis [1], fait partie des risques psychosociaux professionnels liés à l'exposition à un stress permanent et prolongé. C. Maslach le définit comme une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu et chronique causé par l'environnement de travail, ce tout particulièrement quand ce travail s'inscrit dans une relation d'aide [2]. À ce titre, les professionnels de santé sont plus particulièrement exposés avec une prévalence de l'EP entre 25 à 60 % [3-5]. Celui-ci touche aussi bien les médecins [3, 6] que les infirmières [7, 8], quel que soit leur milieu d'exercice ou leur spécialisation [6, 9]. Plusieurs enquêtes se sont intéressées plus spécifiquement aux soignants de réanimation [10, 11]. En effet, la charge de travail, le haut niveau de technicité requis, l'environnement professionnel stressant [12, 13] et la gravité des patients accueillis dans ce type d'unités en font un milieu de travail particulièrement à risque. Ainsi, la réanimation apparaît dans les trois premières spécialités concernées par le *burn-out* [14].

## Définition du syndrome d'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel, ou *burn-out* des Anglo-Saxons [1, 2], se définit selon trois dimensions : l'épuisement émotionnel (EE), la déshumanisation de la relation à l'autre, élément fondamental du syndrome, et enfin, la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail [2]. Ce concept se trouve donc rattaché aux professions dites d'aide et tout particulièrement à celle de soignant. C. Maslach et ses collaborateurs ont créé un instrument de mesure spécifique du syndrome d'EP, le *Maslach burn-out inventory*

(MBI), dont une traduction française, l'« inventaire de Maslash et Jackson », a été validée [15]. Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation comportant 22 items [16]. Chacune des questions correspond à un sentiment relatif à son travail et est cotée en fonction de sa fréquence de survenue. Le MBI permet de définir trois degrés d'EP : faible, modéré et élevé. Il évalue par ailleurs de façon indépendante les trois domaines de l'EP par l'intermédiaire de trois sous-échelles. Dans la plupart des études, l'EP est défini soit par un score élevé sur la sous-échelle de dépersonnalisation, soit par un score élevé sur la sous-échelle d'EE [17] soit par un score total élevé [10, 11]. La symptomatologie du syndrome d'EP est assez peu spécifique : elle associe des troubles comportementaux (irritabilité, labilité émotionnelle, rigidité des relations, abus) à des symptômes organiques (insomnie, asthénie...) [2]. Le syndrome d'EP est spécifique du contexte professionnel contrairement à la dépression qui affecte aussi bien la vie professionnelle que la vie privée d'un individu. Les déterminants de survenue d'un EP concernent des facteurs professionnels (conditions et organisation du travail, rapports avec les patients), et des facteurs individuels (caractéristiques sociodémographiques et profil de personnalité).

## L'épuisement professionnel des médecins réanimateurs

La plupart des études réalisées chez les médecins hospitaliers ou libéraux retrouvent une prévalence élevée d'EP. 30 à 60 % des médecins spécialistes et généralistes sont atteints d'EP [3, 18]. Les médecins les plus jeunes semblent particulièrement touchés avec une prévalence d'EP de 76 % chez les résidents de médecine interne aux États-Unis [17].

Plusieurs études se sont intéressées aux médecins anesthésistes-réanimateurs. Les anesthésistes belges ont des niveaux de stress ressenti équivalents à ceux d'autres groupes professionnels, mais 40 % d'entre eux présentent un degré élevé d'EP [19].

L'une des premières enquêtes réalisées auprès des médecins réanimateurs incluait 248 participants [18]. Les auteurs rapportaient des scores élevés d'EE chez un tiers des réponders, et des scores élevés de dépersonnalisation chez 21 % d'entre eux. En 2009, en France, une enquête réalisée auprès de 1 602 anesthésistes-réanimateurs (68 % d'anesthésistes) retrouvait un score élevé d'EP dans 62 % des cas. Seuls 10 % des réponders étaient complètement exempts de critères d'EP [20]. En 2004, l'étude menée auprès de 978 réanimateurs français du secteur public révèle un score élevé d'EP chez 46,5 % d'entre eux [10]. Parmi les caractéristiques démographiques, seul le sexe féminin est identifié comme facteur de risque indépendant. Dans la plupart des études menées auprès des médecins l'organisation et la charge de travail apparaissent comme des facteurs de risque de développer un EP [10, 17, 21]. Ainsi dans l'étude sur les réanimateurs français, le nombre de gardes effectuées par mois, le fait d'avoir été de garde la veille de l'enquête et un délai important depuis la dernière semaine de congé sont corrélés à la présence d'un degré élevé d'EP [10]. Cette observation est à mettre en perspective avec la différence de temps de travail entre infirmiers et médecins, mais aussi avec le fait que les médecins réanimateurs en lendemain de garde avaient plus de symptômes de *burn-out* que les autres médecins. Enfin, l'existence de conflits entre médecins réanimateurs ou avec les IDE de l'équipe est un facteur de risque indépendant d'EP. La bonne qualité des relations professionnelles apparaît, à l'inverse, comme un facteur protecteur [10]. Enfin, les paramètres liés aux patients (le fait de prendre des décisions de limitation ou d'abstention thérapeutique [LATA] ou de prendre en charge des patients en fin de vie) ne sont pas associés à un degré élevé d'EP chez le médecin réanimateur. Il a cependant été montré que les décisions de LATA étaient une source de conflits et de majoration du stress au sein des équipes soignantes [22].

## L'épuisement professionnel des infirmières de réanimation

En 2005, une enquête française a été menée auprès de 2 497 IDE de réanimation. Un degré élevé d'EP a été identifié chez 33 % d'entre eux [11]. Une étude plus récente (107 IDE), réalisée en Suisse, retrouve des résultats similaires avec un EP sévère chez 28 % d'entre eux 50 % se disent « stressées » par leur travail [23]. Dans une enquête réalisée dans un hôpital universitaire du Colorado en 2007-2008, 86 % des IDE interrogés ont un syndrome d'EP. Les IDE de réanimation ont une prévalence de l'EP identique à celle des autres IDE de l'hôpital [24]. Dans l'enquête française de 2005, les facteurs de risque identifiés de développer un EP étaient le jeune âge du répondeur, l'existence de conflits avec les patients, le fait de se charger d'un patient en fin de vie et le nombre de décisions de LATA prises durant la semaine précédant l'enquête [11]. Ces facteurs de risque ne sont pas retrouvés chez les médecins réanimateurs [10]. Il existe une association significative entre la réalisation de soins perçus comme futiles et la présence d'un degré élevé d'EE [25]. La bonne qualité des relations professionnelles avec les cadres de santé et les médecins, le fait de participer à l'élaboration du

planning et de gérer ses périodes de repos et la participation à un groupe de recherche clinique sont des facteurs protecteurs vis-à-vis de l'EP [11].

## Conséquences du syndrome d'épuisement professionnel

La survenue d'un syndrome d'EP est associée à une diminution de l'efficacité et du sentiment de satisfaction au travail [2]. On retrouve une association significative avec le souhait de changer de métier autant chez les médecins (51 %) que chez les IDE de réanimation (60 %) [10, 11]. L'absentéisme et le *turn-over* des équipes sont augmentés [26]. Un degré élevé d'EP affecte les performances au travail, la satisfaction des patients et la qualité des soins prodigués [17, 27]. L'étude de Shanafelt auprès de résidents de médecine interne avait montré une relation entre un degré élevé de dépersonnalisation et la survenue d'erreurs de prescription et de mauvaises pratiques médicales [17]. 24 % des réanimateurs français ont des symptômes dépressifs. Parmi eux, 80,6 % ont un degré élevé d'EP [10]. 27,8 % des IDE de réanimation présentent des symptômes dépressifs lorsqu'ils ont un degré élevé d'EP contre seulement 4 % pour ceux qui en sont exempts [11]. Il existe un réel impact sur la qualité de vie des IDE : on observe une majoration des troubles du sommeil, des troubles du caractère et du comportement [11]. L'existence d'idées suicidaires, la consommation excessive d'alcool et de psychotropes sont nettement majorées [28]. Enfin, l'enquête SESMAT révèle que seulement 15 % des anesthésistes-réanimateurs présentant un degré élevé d'EP ont conscience de leurs troubles [29].

## Prévenir la survenue de l'épuisement professionnel

En réanimation, certains facteurs ont été identifiés comme protecteurs tels que la qualité des relations professionnelles [10, 11]. L'amélioration de la communication au sein des équipes soignantes permet probablement de limiter la survenue de l'EP. Il faut favoriser l'information, la participation aux décisions, et valoriser le travail en équipe [30]. Certains proposent l'intervention d'un psychologue ou l'instauration de groupes de parole. Leurs rôles dans la prévention de l'EP restent cependant controversés [10, 11]. Les décisions de LATA sont sources de stress et de conflits pour les soignants de réanimation [22]. Les processus menant à une décision de LATA sont souvent vécus de façon différente au sein des équipes. Dans l'étude de Ferrand, 73 % des médecins sont satisfaits de ces processus décisionnels contre seulement 33 % des IDE [31]. Dans l'étude CONFLICUS, les problèmes de communication au sein de l'équipe et avec les patients ou leurs familles, le fait de prendre en charge un patient en fin de vie étaient sources de conflits. Des amplitudes horaires hebdomadaires supérieures à 40 heures généraient aussi des conflits [32]. Tous ces facteurs associés à la survenue de conflits et donc potentiellement d'EP sont accessibles à des stratégies de prévention. L'organisation et la gestion du temps de travail permettent de prévenir l'EP. La participation à l'élaboration du planning [11] et le respect des périodes de repos sont des facteurs protecteurs [33]. Aux États-Unis, la limitation du nombre d'heures de travail hebdomadaires a permis de réduire de façon significative l'EE et le degré de dépersonnalisation chez les résidents de médecine interne [34]. La possibilité d'avoir à la fois une activité clinique et une activité non clinique (temps de travail administratif, recherche, enseignement) est un facteur protecteur pour les médecins [35] comme le fait de participer à un groupe de recherche en réanimation pour les IDE [11]. Favoriser la reconnaissance professionnelle (sur le plan financier et surtout social) permet d'améliorer le sentiment de satisfaction au travail et de prévenir l'EP [2]. Certaines techniques de gestion du stress ont été proposées telles que la formation aux stratégies de *coping* (le « faire face ») [2]. Plus récemment, une équipe d'IDE de réanimation a tenté de mettre en place dans son service des programmes de formation aux techniques de résilience [36]. Celles-ci permettraient de diminuer les symptômes d'anxiété, de dépression et la survenue d'un syndrome d'EP. Pour finir, un large essai randomisé français a permis de démontrer qu'un apprentissage de la gestion du stress en réanimation permettait de réduire significativement la contrainte professionnelle chez les infirmiers [37]. Ainsi, 198 infirmiers étaient randomisés pour recevoir une formation de 5 jours comprenant un retour sur expérience et des jeux de rôle (prise de décision, dextérité, approche clinique, travail d'équipe). Le critère de jugement principal était le *job strain* (contrainte professionnelle), qui diminuait de 67 à 13 %. De même, l'absentéisme dans les 6 mois baissait de 8 à 1 %.

## Conclusion

Un tiers des IDE et près de la moitié des médecins de réanimation présentent un degré élevé d'EP. Les facteurs de risque sont clairement identifiés. Ils sont en rapport avec l'organisation et la charge de travail, avec la qualité des relations professionnelles et l'existence de conflits au sein de l'équipe. Les paramètres en rapport avec le patient (gestion de la fin de vie, LATA) sont identifiés comme étant des facteurs de

risque indépendants essentiellement chez les IDE. La survenue d'un EP est responsable d'une diminution de la qualité des soins prodigués et de la satisfaction des patients. Le *turn-over* des équipes et l'absentéisme sont majorés. Il existe un retentissement sur la vie personnelle des soignants et la survenue d'un syndrome dépressif. Des stratégies de prévention doivent être mises en place au sein des services afin de limiter la survenue d'un EP.

## Références

- [1] Freudenberger H.J. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*. 1975;12(1):73–82.
- [2] Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422.
- [3] Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995;71(6):1263–1269.
- [4] Lemkau J., Rafferty J., Gordon Jr R. Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. *Fam Pract Res J*. 1994;14(3):213–222.
- [5] Grassi L., Magnani K. Psychiatric morbidity and burn-out in the medical profession : an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom*. 2000;69(6):329–334.
- [6] Visser M.R., Smets E.M., Oort F.J., et al. Stress, satisfaction and burn-out among Dutch medical specialists. *Cmaj*. 2003;168(3):271–275.
- [7] McGrath A., Reid N., Boore J. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(5):555–565 1989;26359–368. *Int J Nurs Stud*. discussion 67–69.
- [8] Kilfedder C.J., Power K.G., Wells T.J. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*. 2001;34(3):383–396.
- [9] Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., et al. Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996;347(9003):724–728.
- [10] Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., et al. High level of burn-out in intensivists : prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;686–692.
- [11] Poncet M.C., Toullic P., Papazian L., et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):698–704.
- [12] Donchin Y., Seagull F.J. The hostile environment of the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2002;8(4):316–320.
- [13] Le Blanc P.M., de Jonge J., de Rijk A.E., et al. Well-being of intensive care nurses (WEBIC): a job analytic approach. *J Adv Nurs*. 2001;36(3):460–470.
- [14] Roberts D.L., Shanafelt T.D., Dyrbye L.N., West C.P. A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J Hosp Med*. 2014;9(3):176–181 Mar.
- [15] Dion G., Teissier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci*. 1994;26(2):210–227.
- [16] Maslach C., Jackson S., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory manual. Palo Alto : Consulting Psychologists Press. 1996.
- [17] Shanafelt T.D., Bradley K.A., Wipf J.E., et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136(5):358–367.
- [18] Guntupalli K.K., Fromm Jr R.E. Burnout in the internist--intensivist. *Intensive Care Med*. 1996;22(7):625–630.
- [19] Nyssen A.S., Hansez I., Baele P., et al. Occupational stress and burn-out in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003;90(3):333–337.
- [20] Mion G., Libert N., Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013;32(3):175–188.
- [21] Bienvenu O.J. Is this critical care clinician burned out?. *Intensive Care Med*. 2016;42(11):1794–1796.

- [22] Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987–1993.
- [23] Verdon M., Merlani P., Perneger T., et al. Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Med*. 2008;34(1):152–156.
- [24] Mealer M., Burnham E.L., Goode C.J., et al. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burn-out syndrome in nurses. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1118–1126.
- [25] Meltzer L.S., Huckabay L.M. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004;13(3):202–208.
- [26] Parker P.A., Kulik J.A. Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *J Behav Med*. 1995;18(6):581–599.
- [27] Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., et al. Nurse burn-out and patient satisfaction. *Med Care*. 2004;42(2 Suppl):II57–II66.
- [28] Dyrbye L.N., Thomas M.R., Massie F.S., et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical student. *Ann Intern Med*. 2008 Sep 2;149(5):334–341.
- [29] Doppia M.A., Estryn-Béhar M., Fry C., et al. Burnout in French doctors : a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study). *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011 Nov;30(11):782–794.
- [30] Thomas E.J., Sexton J.B., Helmreich R.L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*. 2003;31(3):956–959.
- [31] Ferrand E., Lemaire F., Regnier B., et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;167(10):1310–1315.
- [32] Azoulay E., Timsit J.F., Sprung C.L., et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180(9):853–860.
- [33] Landrigan C.P., Rothschild J.M., Cronin J.W., et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med*. 2004;351(18):1838–1848.
- [34] Gopal R., Glasheen J.J., Miyoshi T.J., et al. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*. 2005;165(22):2595–2600.
- [35] Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G.J., et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 2009;250(3):463–471.
- [36] Mealer M., Conrad D, Evans J et al, Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurse. *Am J Crit Care*. 2014;23(6):e97–e105.
- [37] El Khamali R., Mouaci A., Valera S., Cano-Chervel M., Pinglis C., et al. SISTRESSREA Study Group. Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;320(19):1988–1997.