

Enquête nationale sur la santé psychique au travail des internes d'anesthésie-réanimation en 2019

Nom et adresse de l'investigateur principal : François JAULIN¹

Autres investigateurs : Dominique Fletcher², Benoit Plaud³, Clément Duret⁴, Francois Marty⁵, Dinh Phong Nguyen⁶, Loïc Druette⁷, Coordonnateurs régionaux DESAR

1. Interne anesthésie réanimation, Président de Facteur Humains en Santé, Association des jeunes anesthésistes réanimateurs, Sorbonne Université, Paris, France
2. PUPH Anesthésie Réanimation, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt
3. PUPH Anesthésie Réanimation, Hôpital St Louis, Paris ; Président du Collège National des Enseignants d'Anesthésie Réanimation
4. Service de Pathologies professionnelles, Hôpital Raymond Poincaré, Garches
5. Interne anesthésie réanimation, Hôpital de Bicêtre, Kremlin Bicêtre
6. Interne santé publique, Sorbonne Université, Paris, France
7. Coordonnateur du programme de simulation SAMSEI, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon

Coordonnées investigateurs principal

François JAULIN, francoisjaulin@gmail.com

Résumé

Rationnel : Le terme de Burn out date de 1974, et désigne un épuisement professionnel. Il concerne toujours des personnes très investies dans leur travail, souvent dans des activités à connotation sociale. Les internes en médecine sont donc particulièrement exposés. Une enquête déclarative récente réalisée aux Etas Unis par questionnaires envoyés par mail auprès d'internes en chirurgie a retrouvé une incidence de 75% burn out, 39% de dépression et 12% d'idées suicidaires (Williford 2018). Cette étude souligne également la sous-estimation du problème par les médecins séniors comme par les internes et identifie certains facteurs limitant la demande d'aide comme le manque de temps, le déni et la stigmatisation.

Objectif : Evaluer par enquête déclarative la santé psychique de tous les internes d'anesthésie-réanimation en France (DESAR)

Méthode : Enquête déclarative auprès des professionnels par questionnaire anonyme et sécurisé envoyé par mail, à l'ensemble des coordonnateurs DESAR de France par l'intermédiaire du Collège National des Enseignants en Anesthésie-Réanimation. Un envoi est réalisé début 2019 avec une relance en cas de non réponse après 3 semaines

Ce questionnaire est composé des questionnaires validés en Français que sont le Copenhague Burn Out Index (CBI - 19 questions), l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS - 14 questions), le Karasek (32 questions), le Perceived Stress Scale (PSS - 10 questions), ainsi que de questions métiers (nombre de gardes mensuel, horaires, repos de sécurité, vigilance, erreur médicale, facteur de stress, type de stage, numéro du semestre, satisfaction vis à vis du choix de spécialité, ...).

Résultat : Il est obtenu 520 réponses sur un effectif total de 2000 étudiants ; 41% des étudiants en réanimation ; 60,2% homme. Leur niveau de formation est 23% en S1 ; 20% en S9-10 ; 57% en phase de consolidation. Des stigmates de souffrance au travail et/ou de risque d'une atteinte psychique au travail avec un HADS à 46% avec symptomatologie certaine; anxiété certaine 19,8% et dépression certaine 7,8%. Le PSS retrouve une menace perpétuelle dans 55,7% des cas. Le Karasek retrouve 33% des étudiants en situation à risque pour la santé psychique au travail et 18,4% en haut risque « iso strain ». Concernant le burn Out: 23,6% d'internes sont en zone à risque et 6% en burnout constitué. Concernant les caractéristiques métier, 78,6% des étudiants déclarent travailler plus de 48h/semaine ; 36,9% plus de 60 heures. 45,1% des étudiants ont plus de 4 gardes/mois et 92% bénéficient de repos de sécurité. Les scores associés au Burn Out, l'anxiété et la dépression - CBI, HADS - augmentent avec le nombre d'heures travaillées. Le verbatim permet d'identifier et grouper des thèmes de difficultés (responsabilité - connaissances nécessaires, exigences émotionnelles, relations avec la hiérarchie, équilibre vie professionnelle-vie privée, excès d'autonomie dans la prise de décision, équilibre activité clinique-travaux universitaires).

Conclusion : Un nombre notable d'internes DESAR présente des symptômes d'anxiété et de dépression. Malgré les limites de la méthodologie cette enquête suggère que 25 à 30% des répondants sont en situation de risque pour leur santé psychique et 10 à 15% des répondants en souffrance. L'analyse a permis d'identifier le volume d'heures travaillées au-dessus de 50 heures hebdomadaires comme un facteur indépendant lié à la souffrance psychique (anxiété, dépression, burn out). Il faut savoir prendre conscience de la lourdeur de la formation, améliorer l'écoute, l'organisation du travail clinique / universitaire et l'équilibre vie personnelle / vie professionnelle. Ces résultats sont importants pour la compréhension des difficultés spécifiques vécues à différents stades de l'internat, et orientent la préparation de l'organisation de la phase de consolidation des DESAR. Une extension de ce type d'enquête aux autres internes des autres spécialités est envisagée.

Introduction

Le terme de Burn out date de 1974, et désigne un épuisement professionnel. Les médecins sont exposés au même titre que les autres professions. L'estimation de la prévalence est néanmoins débattue. En effet, une analyse de 182 études publiées entre 1991 et 2018 portant sur 109628 individus dans 45 pays montre 47 définitions distinctes et une prévalence globale de l'épuisement professionnel allant de 0% à 80,5% (1). Une enquête Française sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) a donné une description de la prévalence du problème en 2008 (2). Cette étude a collecté 3196 réponses de médecins et pharmaciens en observant 50% d'épuisement au travail avec une incidence similaire chez les anesthésistes réanimateurs que chez les autres praticiens. Cette enquête a aussi observé une méconnaissance du problème par les praticiens. Les facteurs influençant le problème étaient liés à la dynamique d'équipe, la pression professionnelle et le conflit entre travail et vie privée (2). Une enquête observationnelle nationale incluant 1091 anesthésistes retrouvait en 2009, 62,3% des personnes en état d'épuisement professionnel avec des facteurs de risque liés au travail et au terrain personnel (3).

Devant la fréquence du problème, le Collège Français d'Anesthésie Réanimation s'est saisi de ce problème avec création en 2013 de la commission SMART (Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail) et mise à disposition de solution pour les professionnels comme un numéro vert.

Les internes en formation en médecine sont aussi exposés. Une enquête déclarative récente réalisée aux Etats Unis par questionnaires envoyés par mail auprès d'internes en chirurgie a retrouvé une incidence de 75% burn out, 39% de dépression et 12% d'idées suicidaires (4). Cette étude souligne également la sous-estimation du problème par les médecins seniors comme par les internes et identifie certains facteurs limitant la demande d'aide comme le manque de temps, le déni et la stigmatisation. Une autre publication a souligné qu'au sein d'une cohorte de 4732 internes en médecine aux états unis d'Amérique, les symptômes d'épuisement professionnel et de regret de choix de carrière étaient répandus (respectivement 45.1% et 14.1%), mais variaient considérablement selon la spécialité clinique (5). En comparant à la médecine interne, les formations en urologie, neurologie, médecine d'urgence et chirurgie générale étaient associées à des risques relatifs plus élevés (RR) de symptômes d'épuisement signalés (RR, 1,24 à 1,48) (5). Les symptômes signalés d'épuisement professionnel étaient associés avec le regret du choix de carrière (5).

L'objectif de cette enquête nationale observationnelle déclarative par questionnaire en ligne était d'évaluer dans la population des internes d'anesthésie réanimation Français la fréquence de la souffrance psychique, sa gravité, des facteurs explicatifs et d'exposition à ce risque.

Méthodologie

Démarche éthique et déclaration CNIL

Ce projet a reçu l'accord du Comité d'Éthique d'Anesthésie Réanimation de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (IRB00010254--2018--167) et un accord de la CNIL (2209297).

Population évaluée

La population cible est l'intégralité des internes inscrit au diplôme d'étude supérieur d'anesthésie-réanimation (DESAR) en formation, au début de l'année 2019. Cette population était estimée à 2000 étudiants.

Modalités d'évaluation

Un questionnaire en ligne a été réalisé comprenant

- Plusieurs questions visant à caractériser, tout en garantissant l'anonymat, le répondant : sexe, mode de vie, nature du service (anesthésie, réanimation, SAMU, ...) dans lequel l'interne travaille, numéro du semestre en cours.
- Des questionnaires analysant la souffrance psychique (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ; 14 questions) (6), le Copenhagen Burn Out Inventory (19 questions), l'Echelle de mesure du stress perçu (Perceived Stress Scale) (10 questions) , le questionnaire de Karasek (facteurs psychosociaux au travail, 32 questions)
- Des questions "métier" avec réponse quantitative: nombre d'heures de travail estimé en moyenne par semaine, nombre de gardes estimé en moyenne par mois, présence d'un repos de sécurité ou non, horaire de début et de fin de journée de travail en moyenne, présence d'épisodes de somnolence, confrontation à des erreurs médicales, le besoin de recourir depuis le début de l'internat à des substances ou une psychothérapie.

- Deux questions métier semi-ouvertes :
 - Sur le principal facteur de stress depuis le début de l'internat.
 - Sur l'orientation professionnelle (Êtes-vous convaincu par votre choix de spécialité ou envisagez-vous de faire un droit au remord?) et pourquoi?).
- La possibilité de laisser un commentaire libre sur le questionnaire.

Envoi du questionnaire

Sous la conduite du collège national des enseignants en anesthésie-réanimation (CNEAR), le questionnaire a été adressé par courriel à tous les coordonnateurs de subdivision du DESAR (n=28) puis transféré aux internes, quelle que soit leur ancienneté (S1 à S10). Trois relances ont été effectuées entre janvier 2019 et février 2019. L'association des jeunes anesthésistes réanimateurs (AJAR) a également adressé le questionnaire à l'ensemble de ses adhérents.

Le questionnaire était vectorisé via un système d'information mis à disposition par l'Université de Lyon en mode PaaS. En l'absence de données sensibles, individuelles ou personnelles, il n'a pas été soumis à autorisation préalable de la CNIL tout en étant conforme avec les recommandations du RGPD. Les données étaient analysées à partir d'un tableur Excel® (Microsoft™, Redmond, Etats-Unis) et représentées en XX et YY.

Après une phase de test auprès d'un échantillon de 20 personnes, le questionnaire, lancé au début de l'année 2019, était clôturé à la fin du mois d'avril 2019.

Analyse

Le critère principal était l'incidence de souffrance psychique au travail confirmée par l'existence d'une dépression certaine, anxiété certaine ou les deux, sur le questionnaire HADS. Les critères secondaires étaient la nature de niveau d'anxiété et de dépression sur HADS (certaine, douteuse, pas de symptomatologie), les score du Karasek et du Copenhague Burn Out Inventory et le niveau de stress détecté par l'Echelle de mesure du stress perçu (menace perpétuelle, sait gérer son stress, sait en général faire face au stress)

Les questions métiers étaient analysées soit en valeur numérique soit en analyse semi quantitative. Le Verbatim libre était classé par thématique majoritaire.

L'analyse statistique était composée du test de Student pour les variables continues et du test du Chi-2 pour les variables catégorielles (et régression linéaire multiple ajustée sur le genre, l'ancienneté et le service anesth/réa pour l'analyse du lien entre le nombre d'heures de travail et les signes de souffrance). Cette analyse permettait d'analyser des facteurs associés aux signes de souffrance au travail parmi les caractéristiques professionnelles (type de stage, horaires de travail, repos de sécurité, facteur de stress, orientation) ou individuelles (genre, âge, niveau de formation). L'analyse qualitative du verbatim permettait de rechercher des facteurs explicatifs potentiels ainsi que des pistes d'amélioration.

Résultats

Population analysée

Le questionnaire a été clôturé après qu'un total de 520 réponses, représentant environ 22% de l'effectif national, ait été obtenu avec 55% des répondant en anesthésie, 41% en réanimation ; 59,6% d'individus masculins. 28,2% des internes ont déclaré vivre seul(e).

La répartition en niveau de formation était la suivante : 23% en premier semestre (S1) ; 20% en 9ème et 10ème semestre (S9-10) ; 59,8% en phase de consolidation (S1 à S5).

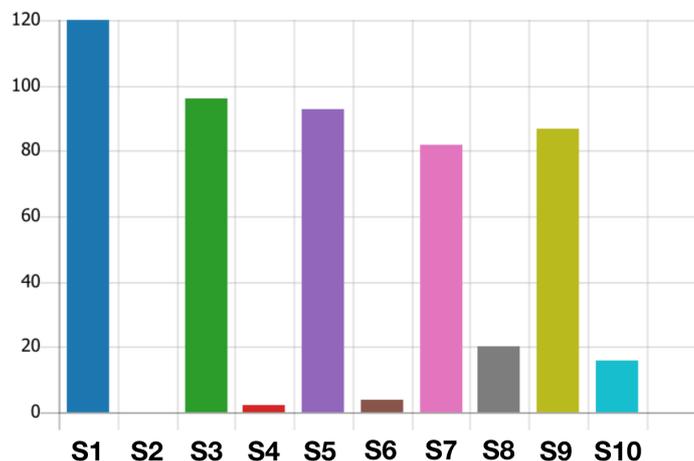


Figure 1 : Nombre d'internes ayant répondu, classé par semestre.

Prédominance des semestres impaires car sondage réalisé durant le semestre d'hiver.

Questionnaires

Pour le questionnaire HADS, 46% des étudiants décrivent une symptomatologie certaine (score supérieur ou égale à 11 dans au moins une des composantes *anxiété* ou *dépression*) avec une *anxiété* certaine à 19,8% et une *dépression* certaine à 7,8%.

L'échelle de stress perçu (PSS) retrouve un sentiment de menace perpétuelle (score PSS > 27) chez 55,7% des répondants.

Le questionnaire Karasek permet d'identifier 33% d'étudiants en situation à risque pour la santé psychique au travail et 18,4% en haut risque « iso strain ». Enfin le questionnaire Copenhague Burn Out Inventory identifie 23,6% d'internes en zone à risque et 6% en burnout constitué.

Parmi les internes, 12% ont eu recours depuis le début de l'internat à une consultation chez un thérapeute et 37% ont dû consommer des psychotropes (Figure 4).

Le sentiment de reconnaissance professionnel est contrasté (Figure 2) et 23% des étudiants estiment avoir une insatisfaction professionnelle (Figure 3)

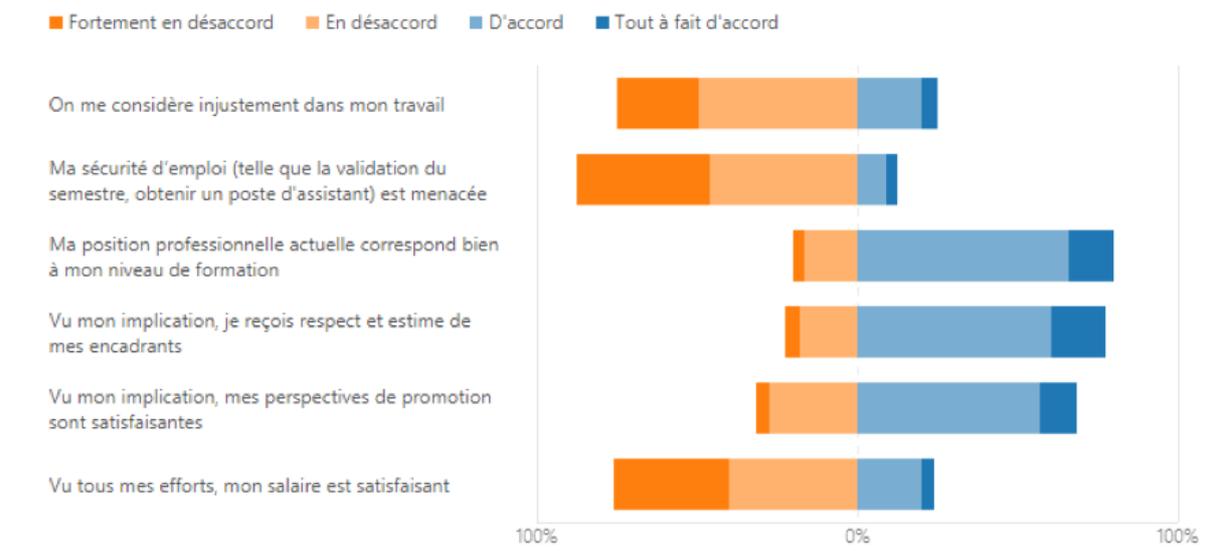


Figure 2 : réponses aux questions portant sur la reconnaissance professionnelle

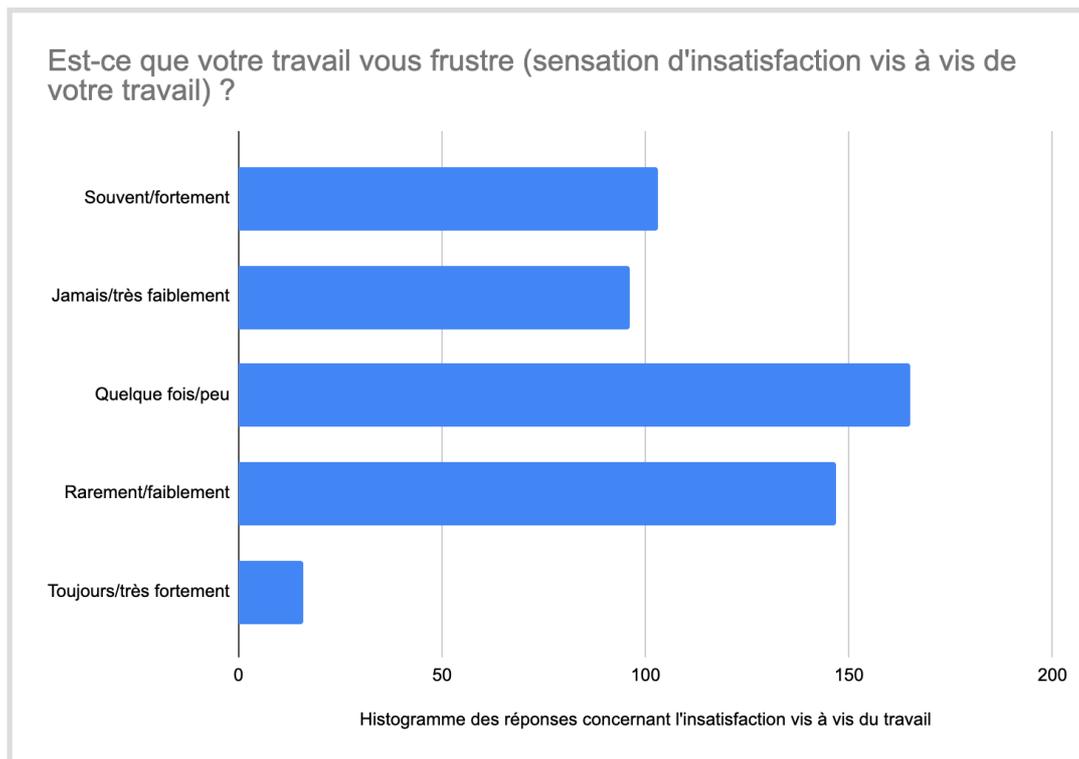


Figure 3 : réponse à la question « Est-ce que votre travail vous frustre (sentiment d'insatisfaction vis-à-vis de votre travail) ? »

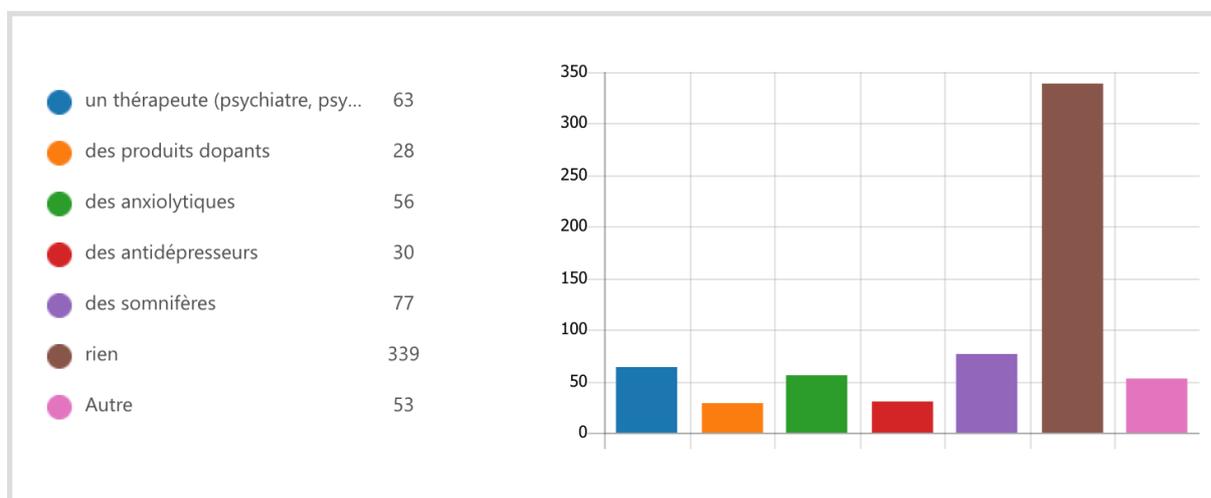


Figure 4 : Réponse à la question « Avez-vous eu le besoin, depuis le début de l'internat, de recourir à :... » et les différentes propositions faites, à gauche de la figure.

Questions métier

78,6% des étudiants travaillent plus de 48h/semaine et 36,9% plus de 60 heures. 45,1% des internes ont plus de 4 gardes/mois. 92% ont le repos de sécurité et 8% n'ont pas (ou 5% pas systématiquement) le repos de garde. 87% des internes réalisent entre 3 et 6 gardes. 6%

réalisent plus de 7 gardes par mois (Figure 5).

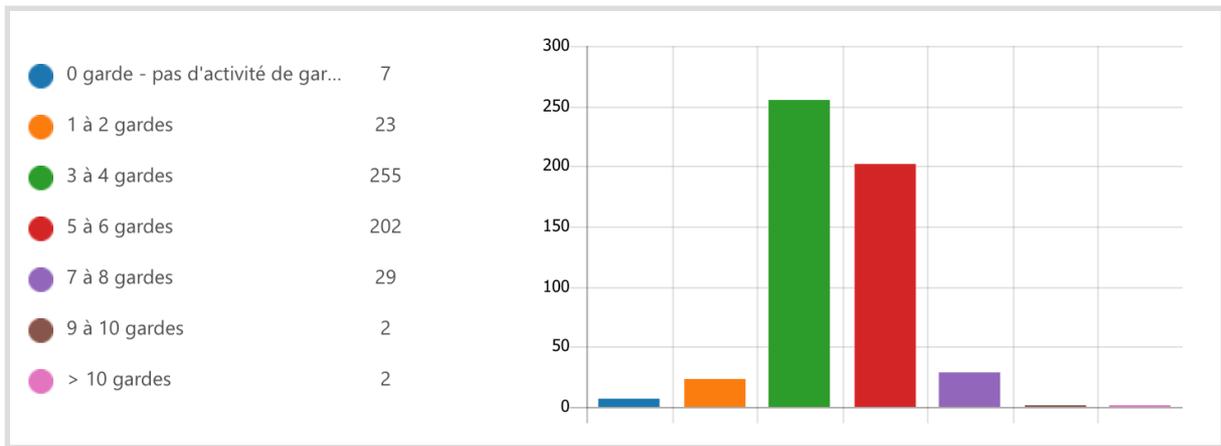


Figure 5 : Nombre d'internes en fonction du nombre de gardes mensuelles déclarées.

Concernant le choix de la spécialité, 67% des internes déclarent être totalement convaincus par leur choix professionnel, 28% déclarent être plutôt convaincu, et 4 internes sur 520 souhaitent exercer leur droit au remord, i.e. changer de spécialité (Figure 6).

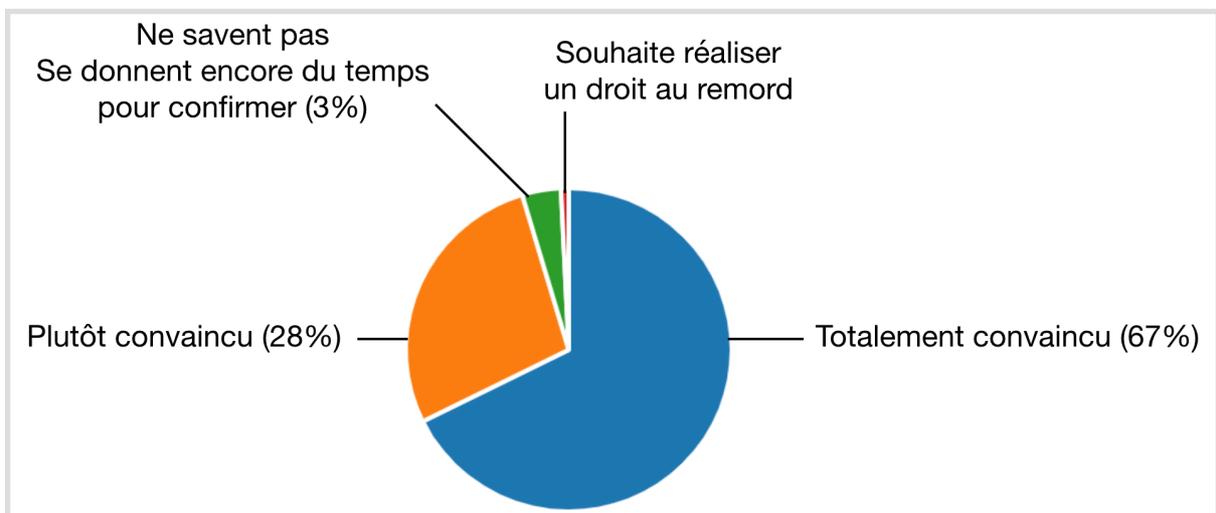


Figure 6 : répartition des internes face au choix de la spécialité d'internat.

Verbatim

Concernant le choix de la spécialité, 207 réponses, soit 39% des répondants, ont été associées pour argumenter la réponse.

Concernant le principal facteur de stress, 358 réponses ont été obtenues soit 68% des étudiants ayant répondu à l'enquête. Les éléments du verbatim qui ont pu être analysés et classés sont au nombre total de 479. Cinquante-six verbatim sont non classés (fatigue / temps apprentissage théorique / jugement / pas de problème). Le verbatim permettant d'analyser les éléments de souffrance psychique ou professionnelle a été classé en trois grandes catégories :

- Verbatim et souffrance psychique ou professionnelle
 - 1. Responsabilités et connaissances (280). Plus en détail cette expression touche à la responsabilité (39), aux connaissances nécessaires (70), aux exigences émotionnelles (68), à la peur de l'erreur (50), à l'excès d'autonomie dans la prise de décision (22) et aux relations avec les supérieurs (31). On peut citer à titre d'exemple le verbatim suivant : « *Au début avoir la vie du malade entre ses mains mais avec le temps, l'expérience cette pression diminue d'autant plus que l'on n'est jamais seul* » ; « *Autonomie forcée ou alors trop rapidement acquise sans avoir la compétence requise pour gérer certaines situations* » ; « *Avoir l'impression de ne pas être assez prêt aux vues des responsabilités demandées mais ne pas avoir assez de temps pour lire/étudier* »
 - 2. Rythme de travail et balance vie personnelle / vie professionnelle (120)
Plus en détail ce verbatim aborde les problèmes de la durée du temps de travail (50), les gardes (16), le rythme de travail (27). A titre d'exemple on peut citer « *la perte de mes repères (famille, amis, éloignement)* »
 - 3. Contrainte du travail universitaire et adéquation avec le travail hospitalier (65)
- Verbatim et éléments de satisfaction ou solutions envisagées

La dernière question du questionnaire consistant en un commentaire libre a permis de recenser 99 réponses. Ce verbatim mettant en exergue des éléments de satisfaction des étudiants ou des pistes de solution sont classées respectivement en cinq et trois catégories

Les éléments de satisfaction

- Vécu de l'internat comme une phase d'apprentissage et de compagnonnage positive dont les expériences positives comme négative apportent la sérénité dans l'exercice (2)
- Importance de ce type de questionnaire dans une période de tension hospitalière et la nécessité de le partager dans d'autres spécialités /intérêt (des instances universitaires/encadrants) pour la santé des internes (23)
- Bonnes relations avec les universitaires et bienveillance des chefs (2)
- Belle spécialité enrichissante / vaste-polyvalente / technique (10)
- Respect du temps de travail et de formation permet d'apporter du plaisir dans le travail (3)

Les pistes de solutions évoquées

- Demande d'entretiens plus réguliers / voir de soutien pour des internes en souffrance plus aisés d'accès au sein de la spécialité (2)
- Activités non médicales au sein des services de CHU pour favoriser la cohésion / dialogue avec un encadrant référent de manière régulière
- Respect du temps de travail dans le but d'améliorer l'efficacité au travail et retrouver le plaisir dans l'activité clinique

Facteurs associés à la souffrance psychique au travail

Contrairement à ce qui aurait pu être attendu, le caractère "isolé" ou "entouré" ne semble pas être associé une modification des scores CBI, HADS ou Karasek (Tableau 1). En revanche, il n'est pas exclu qu'il soit un facteur protecteur lorsque l'individu vit entouré.

	entouré(e)	seul(e)	p
n	373	148	
CBI personal total average score (mean (SD))	42.86 (18.56)	43.07 (19.57)	0.908
CBI work total average score (mean (SD))	37.49 (12.91)	37.40 (13.51)	0.948

CBI client total average score (mean (SD))	31.83 (18.10)	30.83 (17.34)	0.566
HADS anxiété (mean (SD))	7.10 (3.85)	7.24 (4.13)	0.701
HADS dépression (mean (SD))	4.24 (3.55)	4.41 (3.45)	0.607
Karasek autonomie (median [IQR])	36.00 [28.00, 36.00]	36.00 [28.00, 36.00]	0.304
Karasek compétences (median [IQR])	38.00 [36.00, 42.00]	38.00 [36.00, 40.00]	0.123
Karasek latitude décisionnelle (median [IQR])	74.00 [66.00, 78.00]	72.00 [66.00, 78.00]	0.180
Karasek demande psychologique (median [IQR])	26.00 [23.00, 28.00]	25.00 [22.00, 28.00]	0.072
Karasek soutien hiérarchie (median [IQR])	12.00 [10.00, 12.00]	12.00 [10.75, 13.00]	0.277
Karasek soutien collègues (median [IQR])	12.00 [12.00, 14.00]	12.00 [12.00, 14.00]	0.204
Karasek soutien social (median [IQR])	24.00 [22.00, 26.00]	24.00 [23.00, 27.00]	0.153
Karasek reconnaissance (median [IQR])	17.00 [15.00, 18.00]	17.00 [15.00, 19.00]	0.726

Tableau 1: Moyenne des scores en fonction du mode de vie "entouré(e)" et "seul(e)".

Une partie des scores moyens est associé au genre (Tableau 2) avec des scores plus élevées chez les personnes de sexe féminin, en particulier les scores HADS et CBI.

	Feminin	Masculin	p
n	209	310	
CBI personal total average score (mean (SD))	49.80 (18.38)	38.32 (17.75)	<0.001
CBI work total average score (mean (SD))	39.80 (13.25)	35.88 (12.74)	0.001
CBI client total average score (mean (SD))	33.27 (17.06)	30.31 (18.37)	0.064

HADS anxiété (mean (SD))	8.09 (3.88)	6.46 (3.82)	<0.001
HADS dépression (mean (SD))	4.93 (3.69)	3.84 (3.35)	0.001
Karasek autonomie (median [IQR])	36.00 [28.00, 36.00]	36.00 [28.00, 36.00]	0.406
Karasek compétences (median [IQR])	38.00 [36.00, 42.00]	38.00 [36.00, 42.00]	0.620
Karasek latitude décisionnelle (median [IQR])	74.00 [66.00, 78.00]	72.00 [66.00, 78.00]	0.953
Karasek demande psychologique (median [IQR])	25.00 [23.00, 28.00]	26.00 [23.00, 28.00]	0.944
Karasek soutien hiérarchie (median [IQR])	12.00 [10.00, 13.00]	12.00 [11.00, 13.00]	0.580
Karasek soutien collègues (median [IQR])	12.00 [12.00, 14.00]	12.00 [12.00, 14.00]	0.112
Karasek soutien social (median [IQR])	24.00 [22.00, 26.00]	24.00 [23.00, 27.00]	0.304
Karasek reconnaissance (median [IQR])	17.00 [14.00, 18.00]	17.00 [15.00, 19.00]	0.067

Tableau 2 : Moyenne des scores en fonction du genre, masculin ou féminin.

Une partie des scores moyens est associé au type de stage, anesthésie ou réanimation, (Tableau 3) avec des scores CBI, HADS et certaines composantes du Karasek plus élevées chez les personnes travaillant en réanimation.

	Anesthésie	Réanimation	p
n	292	217	
CBI personal total average score (mean (SD))	41.00 (18.62)	45.62 (19.23)	0.006

CBI work total average score (mean (SD))	36.01 (12.85)	39.78 (13.16)	0.001
CBI client total average score (mean (SD))	29.21 (17.96)	34.87 (17.66)	<0.001
HADS anxiété (mean (SD))	6.78 (3.75)	7.72 (4.16)	0.007
HADS dépression (mean (SD))	3.96 (3.46)	4.72 (3.55)	0.015
Karasek autonomie (median [IQR])	36.00 [28.00, 36.00]	32.00 [28.00, 36.00]	0.038
Karasek compétences (median [IQR])	38.00 [36.00, 42.00]	38.00 [36.00, 40.00]	0.994
Karasek latitude décisionnelle (median [IQR])	74.00 [66.00, 78.00]	72.00 [66.00, 78.00]	0.145
Karasek demande psychologique (median [IQR])	25.00 [22.00, 27.00]	26.00 [24.00, 30.00]	<0.001
Karasek soutien hiérarchie (median [IQR])	12.00 [11.00, 13.00]	12.00 [10.00, 12.00]	<0.001
Karasek soutien collègues (median [IQR])	12.00 [12.00, 14.00]	12.00 [12.00, 14.00]	0.086
Karasek soutien social (median [IQR])	24.00 [23.00, 28.00]	24.00 [22.00, 25.00]	<0.001
Karasek reconnaissance (median [IQR])	17.00 [15.00, 19.00]	17.00 [14.00, 18.00]	0.006

Tableau 3 : Moyenne des scores en fonction du stage, en réanimation ou en anesthésie.

Une régression linéaire multiple est réalisée, avec comme variables comprises dans le modèle le sexe, l'ancienneté, le service (anesthésie ou réanimation) et le nombre d'heures de travail. Les coefficients, intervalles de confiance et p-value rapportés dans le tableau 4 se rapportent à la variable nombre d'heures de travail par semaine. Après ajustement par le sexe, l'ancienneté et le service, une augmentation est significative pour les scores du CBI et de l'HADS en fonction du nombre d'heures de travail, quel que soit le score.

CBI personal total average score

	Coefficient	Lower_CI	Upper_CI	p-value
<50h	ref	ref	ref	ref
50-60h	5.52	1.29	9.75	0.011
60-70h	13.02	8.38	17.67	<0.001
>70h	17.12	11.02	23.23	<0.001

CBI work total average score

	Coefficient	Lower_CI	Upper_CI	p-value
<50h	ref	ref	ref	ref
50-60h	2.98	-0.17	6.13	0.064
60-70h	4.4	0.94	7.86	0.013
>70h	8.28	3.73	12.83	<0.001

CBI client total average score

	Coefficient	Lower_CI	Upper_CI	p-value
<50h	ref	ref	ref	ref
50-60h	2.83	-1.45	7.1	0.196
60-70h	6.84	2.15	11.54	0.004
>70h	8.15	1.97	14.32	0.01

HADS anxiété

	Coefficient	Lower_CI	Upper_CI	p-value
<50h	ref	ref	ref	ref
50-60h	0.22	-0.71	1.16	0.642
60-70h	1.66	0.63	2.68	0.002
>70h	1.79	0.44	3.14	0.01

HADS dépression

	Coefficient	Lower_CI	Upper_CI	p-value
<50h	ref	ref	ref	ref
50-60h	0.57	-0.25	1.4	0.176
60-70h	1.53	0.62	2.44	0.001
>70h	3.06	1.87	4.26	<0.001

Tableau 4 : évolution des scores du CBI et de l'HADS en fonction du nombre d'heures travaillées

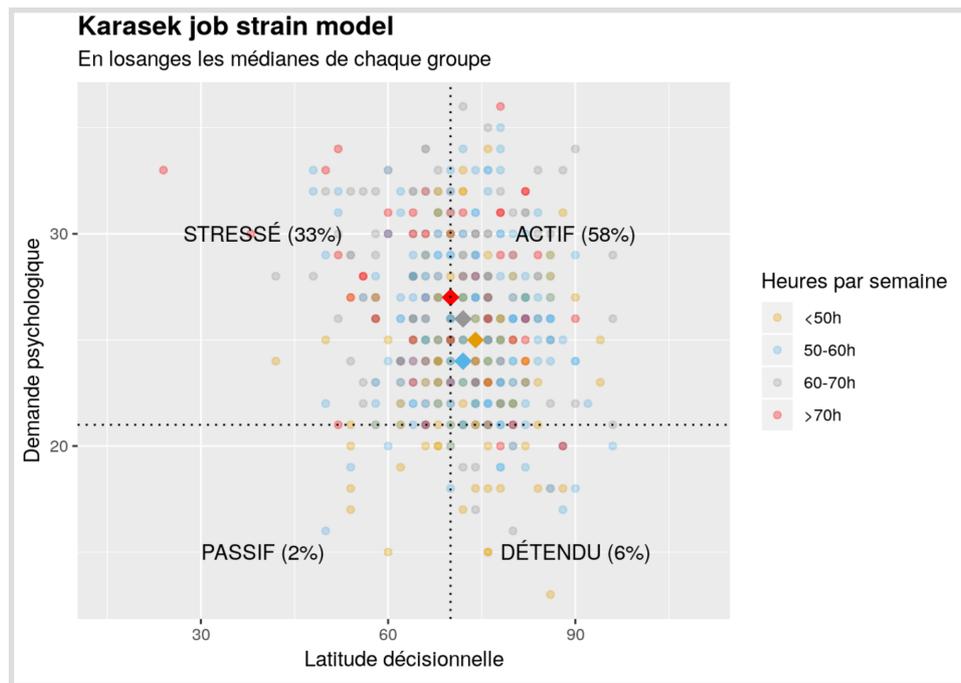


Figure 7 : représentation graphique du score de Karasek en fonction du nombre d'heures travaillées.

Discussion

Cette première enquête nationale Française détecte une souffrance psychique au travail significative chez les internes en anesthésie-réanimation. Les résultats suggèrent qu'une vigilance est nécessaire. En effet on peut considérer que 25 à 30% des répondants sont en situation de risque pour leur santé psychique et 10 à 15% des répondants sont en souffrance avérée. Le volume d'heures travaillées au-delà de 50 heures hebdomadaires est un facteur indépendant lié aux marqueurs de souffrance psychique. Un quart des étudiants ont une frustration professionnelle et depuis le début de l'internat 12% ont eu recours à une consultation chez un thérapeute et 37% ont dû consommer des psychotropes (anxiolytique, anti-dépresseur, somnifère, produits dopants).

Souffrance psychique au travail en anesthésie en France et à l'étranger : quelles données ?

La souffrance psychique au travail varie en fréquence dans la littérature du fait de l'hétérogénéité des critères utilisés. Ainsi dans la vaste revue de littérature internationale sur la souffrance au travail compilant 182 études publiées entre 1991 et 2018 portant sur 109628 individus dans 45 pays 47 définitions distinctes de la souffrance au travail sont proposées et la prévalence globale de l'épuisement professionnel varie de 0% à 80,5% (1). Bien que 85,7 %

des études ont utilisé une version du Maslach Burnout Inventory (MBI) pour évaluer l'épuisement professionnel, ce dernier présente plusieurs limites. D'une part, la variabilité de sa fidélité dans les différentes langues où il a été traduit est en dessous des critères recommandés (7). Une méta-analyse remet en question par ailleurs son modèle tri-dimensionnel (8). Sa privatisation à des fins commerciales limite son usage. Enfin, le MBI mesure essentiellement les trois dimensions définies par Maslach, sans pouvoir mesurer autre chose, or le concept de Burn Out a évolué depuis sa première définition.

Ces différentes limites nous ont conduit à préférer le CBI.

Dans l'enquête Française sur les médecins anesthésiste de 2009 incluant 1091 anesthésistes, 62,3% des personnes apparaissaient en état d'épuisement professionnel (3). On voit donc que quelle que soit la méthodologie l'incidence de la souffrance psychique chez les médecins senior est le plus souvent proche de 50% et sans spécificité pour les anesthésistes. Cette fréquence de l'épuisement professionnel semble similaire dans la population des internes en médecine avec une incidence chez les internes de chirurgie estimée à 75 % et 45,2% de symptômes d'épuisement professionnel dans une enquête chez 4732 internes américains.

Notre enquête retrouve donc une incidence de souffrance psychique certaine confirmée par le questionnaire HADS estimée à 46% des étudiants avec une symptomatologie certaine d'anxiété à 19,8% et de dépression à 7,8%. Ces valeurs sont plutôt similaires à celles décrites dans la littérature internationale à la réserve de l'hétérogénéité des critères diagnostiques choisis.

Une spécificité en anesthésie ?

Les données de la littérature internationale suggèrent une incidence variable chez les internes sans surexposition des internes d'anesthésie (5). La seule enquête Française d'envergure réalisée en 2009 sur différentes catégories professionnelles ne retrouve pas non plus de surexposition des anesthésistes réanimateurs (3). Seule une analyse comparée de la fréquence de la souffrance psychique au travail d'autres catégories d'internes Français pourrait permettre de confirmer l'absence de spécificité des internes en anesthésie réanimation. On peut en effet remarquer que la surexposition apparente d'internes en urologie, neurologie, médecine d'urgence et chirurgie générale apparaît dans une étude Américaine (5).

Un nombre notable d'internes d'AR ne vont pas bien

Le constat d'une fréquence comparable de la souffrance psychique au travail à celle observée dans la littérature internationale ne doit pas empêcher de s'inquiéter. Savoir que 25 à 30% des internes d'anesthésie réanimation sont en situation de risque pour leur santé psychique doit interroger la spécialité et en premier lieu les enseignants en Anesthésie Réanimation. Au-delà des marqueurs de souffrance psychique il faut souligner que depuis le début de leur internat 12% des étudiants ont eu recours à une consultation chez un thérapeute et 37% ont eu recours aux des psychotropes. L'utilisation de psychotrope chez des internes d'anesthésie réanimation peut à l'évidence poser problème pour leur vigilance. Un quart des étudiants ont une frustration professionnelle et on sait que cette frustration peut conduire à un regret de l'orientation professionnelle et un droit au remord potentiel comme montré dans une étude précédente (5). Ainsi même si le droit au remord est dans la période récente plutôt en faveur de la filière d'anesthésie réanimation la vigilance est de mise pour maintenir cette dynamique. La description dans le verbatim majoritairement de préoccupations liées aux problèmes de responsabilités et connaissances doit faire écho avec la nouvelle maquette du DESAR qui identifie une année de consolidation avec une "séniorisation" en 5ème année. L'organisation pratique de cette année nouvelle généralisée à tous les étudiants devra s'appuyer entre autre sur ces données pour permettre aux internes de progresser et consolider en toute sécurité leur expertise professionnelle. Le Collège des Enseignants en Anesthésie Réanimation travaille dès maintenant à la proposition de règles nationales pour cette phase de la formation.

Limites et forces de l'étude

Il s'agit d'une étude anonyme sans possibilité d'identifier le lieu d'exercice et l'étudiant avec déclaration sans inquiétude de ce fait; ce point a certainement participé à un taux élevé de réponse. L'effectif significatif de un quart des d'internes permet d'avoir des résultats plutôt robuste et de débiter une analyse de causalité avec certains facteurs professionnels ou personnels. L'étude repose des questionnaires validées, évaluant des aspects complémentaires de la sphère psychique.

Les limites de l'étude sont liées au principe même du questionnaire du déclaratif sans confirmation des informations ni entrevue avec les étudiants identifiés comme en souffrance. On peut évoquer des différences entre notre population répondante et la population source. Les étudiants qui non pas répondu sont largement majoritaire et on ne peut analyser leur profil

en souffrance ou au contraire indemne exposant à une sur ou sous-évaluation du problème. La structure même du questionnaire composé majoritairement de questionnaires sur la souffrance psychique a pu induire une tendance sur le verbatim vers des éléments plutôt négatifs.

Des raisons d'espérer : des solutions existantes ou à venir pour prévenir le problème de la souffrance au travail des internes d'anesthésie

Les réponses des étudiants montrent que la majorité d'entre eux n'a pas de stigmates de souffrance au travail. Le verbatim des internes identifie aussi des motifs de satisfaction comme le vécu de l'internat, le ressenti positif de la démarche même de l'enquête, les bonnes relations avec les universitaires, la satisfaction dans l'orientation professionnelle, le respect du temps de du temps de travail et de formation. Enfin certains éléments du verbatim orientent vers des améliorations de pratiques, notamment dans la structuration de la relation étudiant-enseignant en évoquant l'intérêt d'entretiens plus réguliers et de soutien pour des internes en souffrance, la possibilité d'activités non médicales au sein des services de CHU pour favoriser la cohésion et le dialogue, le respect du temps de travail. Ces données soulignent également l'importance d'équilibrer vie professionnelle et privée. Le volume d'heure de travail reste élevé, dépassant majoritairement (78.6%) la limite de 48 heures hebdomadaire. Il faut noter que les marqueurs de souffrance psychique sur le CBI comme sur l'HADS sont directement liés au volume d'heures travaillées au-dessus de 50h par semaine. Le caractère quasi systématique du repos de sécurité (92%) marque une progression indispensable mais réelle depuis l'enquête de 2009 (69%) (3). Un bénéfice primordial de ces résultats devra être la prise de conscience du problème par les enseignants, les étudiants eux-mêmes et toute la communauté professionnelle d'anesthésie réanimation qui porte la charge de la formation de ces internes. Elle se concrétisera de façon importante dans les précautions supplémentaires qui seront proposés par le CNEAR pour la phase de consolidation et plus largement sur l'encadrement des internes tout au long de leur formation.

Agenda de recherche

Le Collège National des Enseignants en Anesthésie Réanimation va solliciter les autres collèges d'enseignants pour proposer une étude cette fois élargie à toutes les spécialités pour

favoriser une prise de conscience globale et analyser l'existence ou non de spécialités à risque.

Conclusion

Cette première enquête par questionnaire en ligne auprès des internes d'anesthésie réanimation français révèle une fréquence significative de souffrance au travail. Cette alerte va guider l'encadrement de ces étudiants, spécifiquement selon leur phase de formation en particulier dans leur phase de consolidation en fin de formation.

Références

1. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-50.
2. Doppia MA, Estryn-Behar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T, comite de pilotage de l'enquete S. [Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study)]. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011;30(11):782-94.
3. 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):175-88.
4. Williford ML, Scarlet S, Meyers MO, Luckett DJ, Fine JP, Goettler CE, et al. Multiple-Institution Comparison of Resident and Faculty Perceptions of Burnout and Depression During Surgical Training. *JAMA Surg*. 2018;153(8):705-11.
5. Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, Herrin J, Wittlin NM, Yeazel M, et al. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. *JAMA*. 2018;320(11):1114-30.
6. Bocerean C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*. 2014;14:354.
7. Wheeler DL, Vassar M, Worley JA, Barnes LLB. A Reliability Generalization Meta-Analysis of Coefficient Alpha for the Maslach Burnout Inventory. *Educ Psychol Meas*. 2011 Feb 1;71(1):231-44.
8. Lourel M, Gueguen N. [A meta-analysis of job burnout using the MBI scale]. *L'Encephale*. 2007 Dec;33(6):947-53.