

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Syndrome de burnout en chirurgie pédiatrique en France
Évaluation de la prévalence et des facteurs associés
Résultats d'une enquête nationale portant sur les internes en formation
et les praticiens seniors**

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2022 à 18 heures
au Pôle Recherche
par **Aline BISCHOFF**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Federico CANAVESE

Assesseurs :

Madame le Professeur Annie SOBASZEK

Monsieur le Docteur Éric NECTOUX

Madame le Docteur Dyuti SHARMA

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marie-Christine MAXIMIN

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCTION..... | 7 |
| A. Historique..... | 7 |
| a) Prémices de Claude Veil..... | 7 |
| b) Description d’Herbert Freudenberger..... | 7 |
| c) Travaux de Christina Maslach..... | 7 |
| 1. Travaux préliminaires..... | 7 |
| 2. Concept tridimensionnel..... | 8 |
| d) Autres contributions..... | 9 |
| 1. Schaufeli et Enzmann..... | 9 |
| 2. Cary Cherniss..... | 10 |
| 3. Ayala Pines..... | 10 |
| 4. Jerry Edelwhich et Archie Brosky..... | 10 |
| B. Définitions et concepts associés au burnout..... | 11 |
| a) Définitions..... | 11 |
| b) Concepts associés..... | 12 |
| 1. Le burnout, un trouble psychiatrique ?..... | 12 |
| 2. Job strain, ou stress au travail..... | 12 |
| C. Facteurs de risque..... | 14 |
| a) Surengagement..... | 14 |
| b) Rapport Gollac..... | 14 |
| c) Niveaux de facteurs de risque..... | 15 |
| D. Formes de burnout..... | 16 |
| E. Populations touchées..... | 16 |
| a) Travail relationnel..... | 16 |
| b) Particularités des soignants..... | 17 |
| F. Symptômes..... | 17 |
| a) Physiques..... | 17 |
| b) Psychiques..... | 18 |
| G. Conséquences..... | 18 |
| a) Personnelles..... | 18 |
| b) Familiales..... | 18 |
| c) Professionnelles..... | 18 |
| H. Santé publique..... | 19 |
| a) Actualités..... | 19 |
| b) Prévalence..... | 19 |
| c) Économie..... | 20 |
| d) Mesures législatives..... | 20 |
| I. Synthèse..... | 20 |
| J. Rationnel de l’étude..... | 21 |
| II. MATERIEL ET METHODES..... | 23 |
| A. Schéma de l’étude..... | 23 |
| B. Objectifs de l’étude..... | 23 |

| | |
|---|-----------|
| C. Calendrier de l'étude | 24 |
| D. Données recueillies : composition des questionnaires..... | 24 |
| a) Maslach Burnout Inventory | 24 |
| 1. Généralités..... | 24 |
| 2. Sous-échelles..... | 25 |
| 3. Seuils pathologiques | 26 |
| 4. Score global | 26 |
| b) Autres éléments de recueil | 27 |
| 1. Internes..... | 27 |
| 2. Seniors..... | 28 |
| 3. Questionnaires | 29 |
| E. Analyse statistique..... | 29 |
| III. RESULTATS..... | 30 |
| A. Population des internes | 30 |
| a) Taux de participation | 30 |
| b) Autres éléments de recueil | 30 |
| 1. Données démographiques..... | 30 |
| 2. Maslach Burnout Inventory | 32 |
| a. Échelles | 32 |
| b. Score global de risque de syndrome de burnout | 33 |
| 3. Données descriptives liées au travail | 35 |
| 4. Satisfaction des internes..... | 36 |
| 5. Vie familiale..... | 38 |
| 6. État de santé global..... | 40 |
| 7. Troubles du sommeil | 42 |
| 8. Consommation de toxiques | 43 |
| 9. Résultats à retenir | 44 |
| c) Facteurs associés..... | 44 |
| 1. Analyse univariée | 44 |
| a. MBI modéré à sévère | 45 |
| b. Épuisement émotionnel sévère..... | 45 |
| c. Dépersonnalisation sévère | 46 |
| d. Diminution sévère de l'accomplissement personnel | 46 |
| 2. Analyse multivariée | 46 |
| a. MBI modéré à sévère | 46 |
| b. Épuisement émotionnel sévère..... | 47 |
| c. Dépersonnalisation sévère | 48 |
| d. Diminution sévère de l'accomplissement personnel | 48 |
| 3. Résultats à retenir | 49 |
| B. Population des seniors | 50 |
| a) Taux de participation | 50 |
| b) Description | 50 |
| 1. Données démographiques..... | 50 |
| 2. MBI | 52 |
| a. Sous-échelles | 52 |
| b. Score global du MBI..... | 53 |
| 3. Données de travail | 55 |
| 4. Vie familiale..... | 56 |
| 5. État de santé global..... | 58 |
| 6. Troubles du sommeil | 60 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 7. | Consommation de toxiques | 61 |
| 8. | Résultats à retenir | 62 |
| c) | Facteurs associés..... | 62 |
| 1. | Analyse univariée | 62 |
| a. | MBI modéré à sévère | 63 |
| b. | Épuisement émotionnel sévère..... | 63 |
| c. | Dépersonnalisation sévère | 64 |
| d. | Diminution sévère de l'accomplissement personnel | 64 |
| 2. | Analyse multivariée | 65 |
| a. | MBI modéré à sévère | 65 |
| b. | Épuisement émotionnel sévère..... | 66 |
| c. | Dépersonnalisation sévère | 66 |
| d. | Diminution sévère de l'accomplissement personnel | 67 |
| 3. | Résultats à retenir | 67 |
| C. | Population d'internes et seniors | 68 |
| a) | Données descriptives | 68 |
| b) | Facteurs associés..... | 68 |
| 1. | Analyse univariée | 68 |
| a. | MBI modéré à sévère | 69 |
| b. | Épuisement émotionnel sévère..... | 69 |
| c. | Dépersonnalisation sévère | 70 |
| d. | Diminution sévère de l'accomplissement personnel | 70 |
| 2. | Analyse multivariée | 71 |
| a. | MBI modéré à sévère | 71 |
| b. | Épuisement émotionnel sévère..... | 71 |
| c. | Dépersonnalisation sévère | 72 |
| d. | Diminution sévère de l'accomplissement personnel | 72 |
| c) | Résultats à retenir | 73 |
| IV. | DISCUSSION | 74 |
| A. | Population des internes | 74 |
| a) | Taux de participation | 74 |
| b) | MBI | 74 |
| c) | Facteurs associés..... | 77 |
| d) | Conseil de carrière | 80 |
| e) | Mentor..... | 81 |
| f) | Données de travail..... | 82 |
| 1. | Temps de travail..... | 82 |
| 2. | Nombre de gardes / repos de garde | 83 |
| 3. | Harcèlement professionnel | 84 |
| 4. | Erreur médicale | 85 |
| 5. | Salaire..... | 85 |
| 6. | Satisfaction | 86 |
| 7. | Interférences vies professionnelle et familiale | 86 |
| 8. | Données sur le sommeil | 87 |
| 9. | Sports et loisirs..... | 88 |
| 10. | Substances | 89 |
| 11. | Idées suicidaires | 90 |
| B. | Population des seniors | 91 |
| a) | Taux de participation | 91 |
| b) | Résultats MBI | 91 |
| c) | Facteurs associés..... | 94 |

| | | |
|------------|---|------------|
| d) | Conseil de carrière | 96 |
| e) | Données de travail..... | 96 |
| 1. | Temps de travail hebdomadaire..... | 96 |
| 2. | Nombre de gardes..... | 97 |
| 3. | Vacances | 98 |
| 4. | Harcèlement professionnel | 98 |
| 5. | Erreur médicale..... | 98 |
| 6. | Salaire..... | 98 |
| 7. | Interférences vies professionnelle et familiale | 99 |
| 8. | Données de santé et sommeil | 99 |
| 9. | État de santé..... | 99 |
| 10. | Sports et loisirs | 100 |
| 11. | Substances | 100 |
| 12. | Idées suicidaires | 101 |
| 13. | Antidépresseurs | 101 |
| C. | Comparaison internes et seniors | 102 |
| D. | Biais et limites | 102 |
| a) | Taux de participation | 102 |
| b) | Biais de sélection..... | 102 |
| V. | CONCLUSION..... | 103 |
| A. | Causes évoquées | 103 |
| a) | Reflet de la civilisation moderne ?..... | 103 |
| b) | Particularités des médecins et chirurgiens | 104 |
| 1. | Seniors..... | 104 |
| 2. | Internes..... | 105 |
| B. | Proposition de solutions..... | 105 |
| 1. | Au niveau collectif | 106 |
| a. | Évaluation du burnout | 106 |
| b. | Prévention du burnout | 106 |
| 2. | Au niveau individuel | 107 |
| C. | Épilogue | 108 |
| VI. | Annexes..... | 109 |
| A. | Bibliographie..... | 109 |
| B. | Illustrations et tableaux..... | 117 |
| C. | Questionnaires | 119 |
| a) | Internes..... | 119 |
| b) | Seniors..... | 122 |
| D. | Témoignages libres | 125 |
| a) | Internes..... | 125 |
| b) | Seniors..... | 125 |
| E. | Divers | 128 |

I. INTRODUCTION

A. Historique

a) Prémices de Claude Veil

Un psychiatre français nommé Claude Veil introduit en 1959 la notion d'épuisement professionnel. Il écrit « l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet » (1).

b) Description d'Herbert Freudenberger

Le terme de burnout apparaît réellement dans les années 1970. C'est le docteur Herbert Freudenberger, psychanalyste américain, qui développe ce terme lorsqu'il travaille bénévolement dans une clinique new-yorkaise. Il utilise cette expression pour décrire les toxicomanes qui y sont accueillis, détruits par l'abus de drogues dures dont ils font usage. En observant les bénévoles de la clinique qui sont parfois épuisés, victimes d'une surcharge à la fois de travail et émotionnelle, le médecin trouve des similitudes entre les soignants et leurs patients, tous deux incapables de travailler.

Dans son livre *Burn-out : the high cost of achievement*, en 1980, il écrit les mots suivants : "En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte" (2).

c) Travaux de Christina Maslach

1. Travaux préliminaires

La professeure Christina Maslach, psychologue en Californie, décrit dans une étude en 1976 nommée *Burned out* les comportements pathologiques de travailleurs effectuant diverses professions impliquant la personne humaine (3). Elle y objective que « les sentiments des travailleurs à l'égard des gens évoluent vers le cynisme ou la négativité ».

Elle ajoute que « dans de nombreux cas, les professionnels qui se sont épuisés à cause du stress et ne parviennent plus à faire face commencent à se défendre (...) en croyant que les clients méritent en quelque sorte les problèmes qu'ils rencontrent ».

Maslach instaure également la notion que les symptômes disparaissent en dehors du travail (3). Cet élément est vrai pour la phase initiale de la pathologie, puisque les conséquences qu'elle évoque ensuite sur le travailleur sont les suivantes : augmentation de troubles psychiatriques, d'addictions et de suicide. Il existe également une répercussion sur la personne qui est dans l'attente de soin, devenant une victime malgré elle.

Ses travaux sont mal accueillis et qualifiés de « psychologie populaire » car ils reposent sur quelques cas isolés. Maslach poursuit donc ses travaux à plus grande échelle et deviendra plus tard une référence dans le domaine.

2. Concept tridimensionnel

Dans les années 1980, aidée de Susan Jackson, elle détaille le burnout comme un concept tridimensionnel (4). Celui-ci comprend trois piliers :

- L'épuisement émotionnel

Il correspond au manque d'énergie, à l'assèchement des ressources et à la perte de motivation.

- La dépersonnalisation, ou déshumanisation

C'est la composante interpersonnelle. Elle renvoie aux attitudes distantes et négatives à l'égard des clients ou patients, pouvant aller jusqu'à la stigmatisation ou à la maltraitance envers ceux-ci. C'est une mise à distance des bénéficiaires du soin, en rendant leurs demandes moins urgentes ou moins légitimes. Les patients deviennent des cas, des numéros, et ne sont plus traités comme des Humains. La traduction pratique est par exemple l'utilisation de termes péjoratifs (par exemple : « les pauvres »), ou réducteurs (par exemple réduire un patient à un organe ou à une chambre : « le fémur de la chambre 3 »).

- La réduction de l'accomplissement personnel

Elle constitue la dimension d'auto-évaluation du syndrome. Elle comprend la dévalorisation de son travail et la perte de l'estime de soi.

L'élément affectif représenté par l'épuisement émotionnel est à l'origine des deux éléments cognitifs que sont la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel. Ces interactions sont schématisées ci-après.



Figure 1 : Interactions entre les trois composantes du burnout selon Maslach

Il est donc admis que ces trois composantes découlent les unes des autres, et ce de manière progressive. D'un point de vue descriptif, on peut envisager les choses selon le processus suivant : le professionnel se sent submergé émotionnellement, et a donc recours à une relation déshumanisée pour tenir à distance la source du problème, à savoir l'autre. L'intérêt du travail disparaît derrière une pratique automatisée et routinière. La motivation au travail diminue, ainsi que le sentiment d'être utile. L'impression donnée est celle du gâchis, le sentiment de s'être trompé de voie, et de dépenser son énergie à perte.

Maslach précisera en 2011 que c'est bien l'exposition répétée qui conduit au burnout : « le burn out serait une conséquence de réactions de stress quotidiens ayant usé l'individu » (5). Le syndrome de burnout s'insinue progressivement jusqu'à un soudain point de non-retour ; telle « la goutte d'eau qui ferait déborder le vase. »

d) Autres contributions

D'autres auteurs ont contribué aux recherches sur la genèse du syndrome de burnout. Les notions qu'ils ont apportées se complètent.

1. Schaufeli et Enzmann

Ils décrivent en 1998 le burnout comme « un état d'esprit durable négatif lié au travail, et affectant des individus 'normaux'. » Ils ajoutent que cette condition psychique s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation. Elle apparaît progressivement et peut longtemps passer inaperçue, y compris pour le sujet lui-même. Ils insistent dès cette époque sur le rapport entre les changements sociétaux et l'émergence de cette pathologie (6).

2. Cary Cherniss

Ce psychologue américain apporte en 1980 un élément nouveau : la désillusion. Suite à des entretiens approfondis réalisés chez des professionnels dans leur première année d'exercice, il réalise que le syndrome d'épuisement professionnel résulte d'une différence trop importante entre les attentes et les conditions réelles du travail en question (7).

En effet, il peut exister un écart majeur entre les attentes initiales des professionnels et la réalité de terrain à laquelle ils sont confrontés. Cela passe entre autres par les tâches administratives, les procédures, et la réalité difficile de la relation humaine qui peut avoir été idéalisée.

Il considère aussi que l'attitude cynique qui découle de cet état de tension (ou « strain ») est une stratégie de « coping », c'est-à-dire un moyen de défense mis en place par l'individu pour lutter contre les difficultés rencontrées. S'installe alors une fuite psychologique, et le professionnel se désengage progressivement de son travail en réponse à la tension ressentie.

3. Ayala Pines

En 1981, cette psychologue israélienne propose une approche motivationnelle, affirmant que le burnout survient lorsque la quête existentielle du travail échoue. En effet, selon elle, un individu qui est consumé par son travail doit au préalable avoir été enflammé (8).

Elle ajoute donc à la désillusion la notion d'un état élevé de motivation et d'implication initiales. Les personnes ayant choisi une profession d'aide à autrui ne parvenant pas à avoir l'impact qu'ils souhaiteraient avoir peuvent alors subir un syndrome d'épuisement professionnel.

4. Jerry Edelwich et Archie Brosky

Ils ont construit en 1981 dans leur livre *Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, un modèle d'installation du burnout, qui est schématisé comme suit (9) :

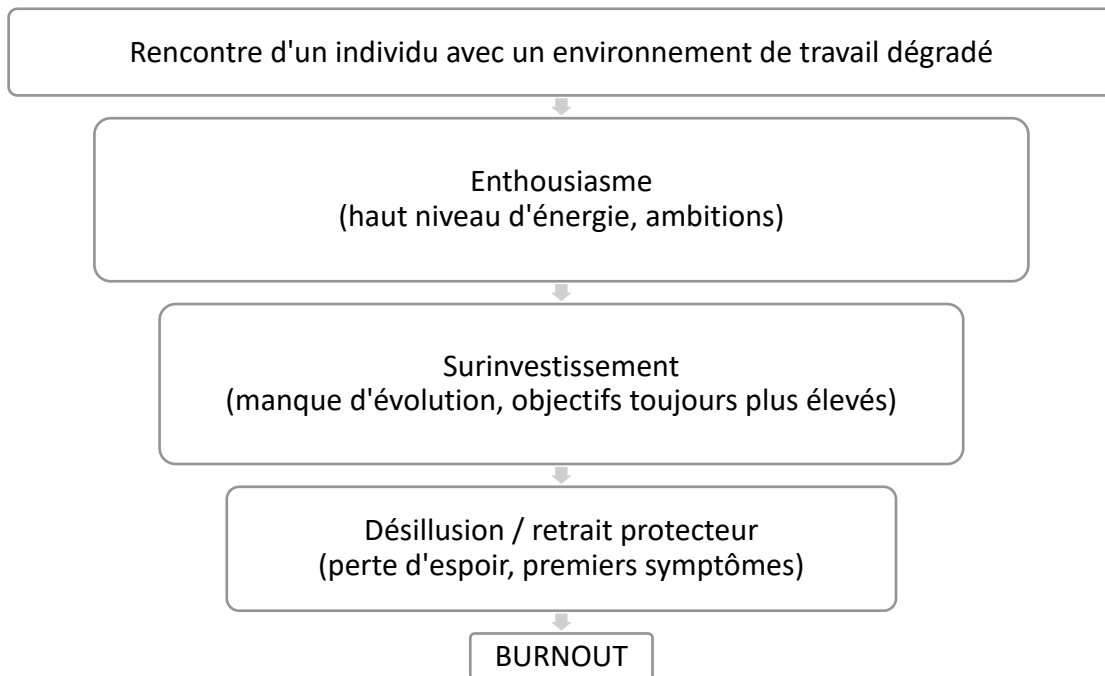


Figure 2 : Étapes du burnout par Edelwhich et Brosky

B. Définitions et concepts associés au burnout

a) Définitions

La définition complète et la plus communément utilisée du syndrome de burnout est celle qui est née des travaux du professeur Maslach. Il s'agit, comme décomposé plus haut, d'« un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (10).

Par ailleurs, cet anglicisme est entré dans le dictionnaire Le Robert en 2013 sous la définition suivante : « état de fatigue intense et de grande détresse causé par le stress au travail » (11).

L'Organisation Mondiale de la Santé a inclus le burnout dans la CIM-11 en janvier 2022, sous la définition suivante : « syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès » (12).

b) Concepts associés

Certains aspects de psychologie ou psychiatrie ayant été explorés en parallèle des travaux sur le burnout peuvent être intéressants à étudier pour comprendre les intrications avec celui-ci (13).

1. Le burnout, un trouble psychiatrique ?

Le burnout n'est pas un trouble psychiatrique à part entière. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé aborde la santé mentale selon trois niveaux : bien-être psychologique, détresse psychologique, et troubles mentaux (14).

Le burnout n'appartient à aucun de ces stades. Il est donc à différencier d'un trouble psychiatrique. Cependant, des symptômes communs existent entre cette pathologie et un épisode dépressif caractérisé. Ils sont centrés par la dimension d'épuisement émotionnel, d'effondrement de l'humeur et de perte d'intérêt. La répercussion physique par des symptômes divers et variés est également commune aux deux pathologies. De plus, l'intrication est complexe car le burnout peut être un mode d'entrée dans un état dépressif, mais la dépression peut entraîner des symptômes de burnout (15).

Il est essentiel de retenir que la principale caractéristique du burnout est qu'il se déclenche et se cantonne initialement à la sphère professionnelle. Sa présence peut effectivement conduire à une dépression en cas de négligence des symptômes initiaux, conduisant alors à une véritable expansion aux domaines extra-professionnels.

2. Job strain, ou stress au travail

Le professeur Robert Karasek, sociologue américain, décrit en 1979 un modèle qui permet d'établir, pour un individu donné, un lien entre le vécu du travail et les risques que celui-ci fait courir à la santé (16).

Ce modèle du stress au travail, dit « demand-control model », est construit sur deux déterminants importants de l'environnement de travail individuel.

Il analyse la relation entre les exigences psychologiques du travail (« job demand ») et la liberté de décision, encore appelée latitude décisionnelle (« job control »), et permet l'appréciation de la charge mentale du salarié (« job strain »).

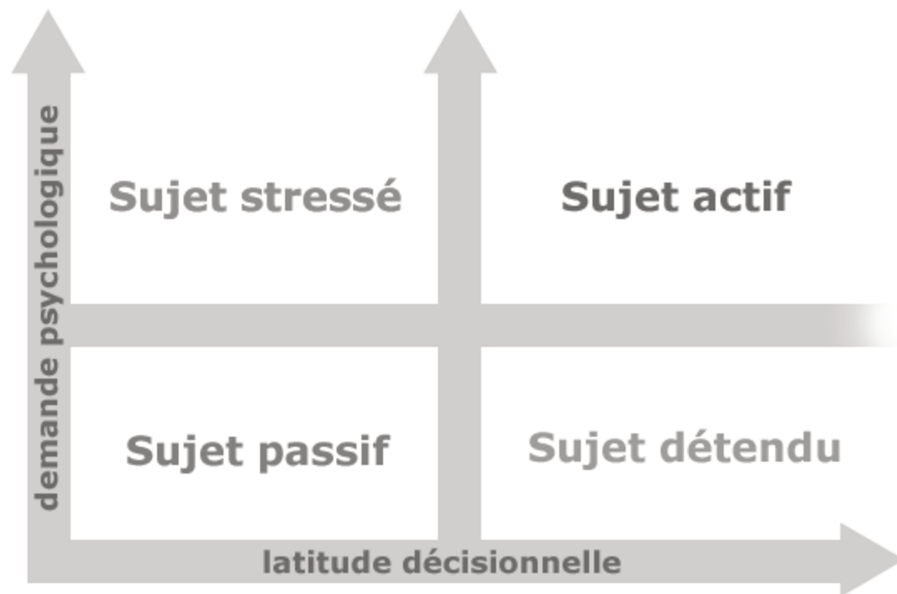


Figure 3 : Schéma du job strain selon Karasek

Le modèle se décompose ainsi en quatre situations spécifiques de travail :

- Des demandes élevées avec des contrôles élevés : travail actif,
- Des demandes faibles avec des contrôles élevées : travail détendu,
- Des demandes faibles avec des contrôles réduits : travail passif,
- Des demandes élevées avec des contrôles réduits : travail tendu, surchargé, stressé, autrement appelé « job strain » ; c'est la situation la plus contraignante et la plus à même de donner lieu à des symptômes physiques et psychiques dus à l'épuisement.

Pour Karasek, la dimension regroupée sous le terme « latitude décisionnelle » prime sur la dimension « demande psychologique ». En d'autres termes, l'absence de contrôle sur son travail est plus délétère que la lourde charge émotionnelle qui peut être requise pour travailler.

L'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle correspond à une situation de « job strain » ou tension au travail. Elle représente alors un facteur de risque de syndrome de burnout si elle se prolonge dans la durée.

Karasek introduira plus tard une troisième dimension au modèle : le soutien social de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques. Celui-ci peut moduler avec un impact majeur les situations de travail vues précédemment.

C. Facteurs de risque

a) Surengagement

Plusieurs facteurs de risque de syndrome de burnout peuvent être discutés. Il peut s'agir de traits de personnalité, de comportements, mais également de facteurs intrinsèques à l'activité professionnelle en tant que telle.

Le surengagement professionnel notamment, est reconnu par Maslach dès les débuts de ses travaux comme un facteur de risque de burnout (17).

Cet élément, traduit du mot anglais « workaholism », est décrit par Machlowitz en 1978 pour la première fois (18). Il définit une attitude vis-à-vis du travail qui comprend deux caractéristiques :

- Un désir intrinsèque de travailler beaucoup et longtemps
- Un comportement au travail qui excède souvent les exigences du poste et les attentes des collègues.

La notion de plaisir déclenché par cette attitude est extrêmement importante. En effet, le sujet décide lui-même de s'abandonner dans le travail, et d'y consacrer une immense part de sa vie, aux dépens de sa vie privée.

Cela ne fait pas pour autant de tous les « workaholics » (personnes sujettes au workaholism) des sujets à risque de burnout. Mais les personnes dépendantes au travail, surinvesties et travaillant de manière compulsive peuvent devenir des sujets à risque d'épuisement professionnel. Ce phénomène peut d'autant plus survenir en cas de remise en cause des compétences, d'échec ou de changement brutal de situation ou d'environnement professionnel.

b) Rapport Gollac

Le rapport écrit par le sociologue Michel Gollac en 2017 (19) objective les six grandes catégories de facteurs de risque psychosociaux suivants :

- Intensité et organisation du travail, temps de travail

Il peut s'agir du nombre d'heures et de jours travaillés, de la réalisation d'un travail de nuit ou de week-end, d'effectuer des gardes, de subir une surcharge de travail. Cela peut conduire au présentisme (fait d'aller travailler même lorsqu'on est malade). Les objectifs irréalistes, les contraintes de rythme ou les exigences de compétences, de polyvalence, ainsi que l'usage de nouvelles technologies peuvent causer une grande frustration.

- Exigences émotionnelles importantes

Les professions impliquant le contact humain peuvent par définition exposer au mécontentement, aux conflits, allant jusqu'aux violences verbales ou physiques. Certaines professions quant à elles confrontent à la souffrance humaine voire à la mort.

- Manque d'autonomie et marge de manœuvre

Le travailleur peut se retrouver dans une monotonie, ne pas être libre de choisir sa manière de travailler. Il peut être bloqué dans son envie d'accroître ses compétences, de par un manque de moyens ou par l'organisation au sein de son entreprise.

- Perturbation des relations

Les relations humaines au travail sont primordiales. Un manque d'entraide ou de communication avec ses pairs, ou la présence de conflits interpersonnels peuvent être néfastes. La hiérarchie prend également une place importante ; un manque de soutien de ses supérieurs ou un management inapproprié peuvent avoir un impact négatif. Enfin, le manque de reconnaissance par les patients ou clients, ou plus généralement le déséquilibre entre l'effort fourni et la récompense ressentie (y compris salariale), peut être source de problème.

- Conflits de valeurs et qualité empêchée

La conscience professionnelle étant propre à chacun, le travailleur peut se retrouver dans une situation le mettant en conflit avec sa morale, constituant une véritable souffrance éthique. L'accomplissement de tâches jugées inutiles peut contribuer à la perte d'estime et de sens de son travail.

- Insécurité de l'emploi

L'incertitude quant à l'avenir, l'absence de progression, les changements d'organisation non maîtrisés sont tout autant de facteurs pouvant perturber le fonctionnement professionnel au quotidien.

c) Niveaux de facteurs de risque

Les éléments listés ci-dessus peuvent être regroupés en trois niveaux de facteurs de risque, détaillés par Carol Cordes et Thomas Dougherty (20) comme suit :

- Organisationnel : caractéristiques propres à l'activité exercée, à la structure, et l'organisation au sein de celle-ci
- Interindividuel : les relations au sein de l'équipe et avec les personnes auprès desquelles il faut s'impliquer
- Intra-individuel : le caractère et des stratégies de défense (ou « coping ») de chacun.

D. Formes de burnout

Le terme « burnout », bien qu'il ait été créé pour une utilisation limitée au domaine professionnel, peut se retrouver de manière anecdotique appliqué à d'autres champs. Selon Bianchi, les sentiments de fatigue, de cynisme et d'inefficacité peuvent également être ressentis dans d'autres sphères de la vie privée. C'est le cas du burnout parental, conjugal ou familial (21).

Par ailleurs Färber apporte la notion que plusieurs formes de burnout existent au sein de l'entité du burnout professionnel (22). Il décrit :

- Le burnout épuisement : l'individu est confronté à trop de stress et trop peu de gratifications, il perd le contrôle. Ce profil correspond à celui expliqué par Maslach.
- Le burnout frénétique : le sujet pousse ses limites pour travailler toujours plus intensément dans l'espoir d'être accompli. Il est habité par une vocation et un besoin de reconnaissance. Il présente une culpabilité excessive si les objectifs qu'il s'est fixés ne sont pas atteints. Ce modèle se rapproche des « workaholists ».
- Le burnout néfaste : le fait d'évoluer dans des conditions de travail peu stimulantes voire monotones pousse le travailleur sous-stimulé dans un état de désintérêt, de sidération. Il effectue son travail machinalement.

E. Populations touchées

a) Travail relationnel

Il a été décrit des symptômes d'épuisement professionnel dans tous les métiers impliquant la personne humaine. Les professeurs, les infirmiers et les travailleurs sociaux en font partie (23). Maslach dans son travail original avait étudié entre autres le personnel carcéral, les avocats spécialisés dans la pauvreté, le personnel de garde d'enfants (3).

Les relations au public ou à la patientèle peuvent apporter par bien des points des effets bénéfiques et gratifiants. Cependant, elles sont à risque de par l'imprévisibilité des contacts et donc des situations de travail.

Les travailleurs sont parfois forcés d'apaiser des situations de tension même lorsqu'ils considèrent l'autre partie comme étant en tort, ce qui peut être source de frustration. Ils doivent ainsi cacher leurs émotions et rester aussi professionnels que possible et tombent alors dans une censure mentale. Les agents de la sécurité, les restaurateurs, les téléopérateurs et les personnes travaillant au guichet sont les plus concernés (19).

b) Particularités des soignants

Les professionnels de santé sont indiscutablement exposés au risque de burnout (24). Les causes qui peuvent être évoquées en plus des facteurs précédemment décrits sont :

- Extrinsèques : charge de travail, organisation de l'activité, dépendance administrative
- Intrinsèques : confrontation avec la souffrance et la mort

De plus, les professionnels de santé semblent vulnérables en raison de la valeur d'engagement qu'ils ont prise en choisissant cette carrière. L'image du soignant infailible peut les empêcher d'avouer leurs propres difficultés.

Identifier le burnout chez les soignants, et particulièrement chez les médecins en activité ou en devenir, peut être rendu délicat pour plusieurs raisons (25) :

- La diversité des catégories socio-professionnelles rencontrées (praticiens hospitaliers, professeurs universitaires, internes, étudiants de deuxième cycle)
- La diversité de leurs parcours individuels, avec des terrains de stage et des affectations qui évoluent sur plusieurs semaines, mois voire années
- La diversité des structures dans lesquelles ils exercent

F. Symptômes

Les symptômes pouvant être présentés par une personne touchée par le syndrome d'épuisement professionnel sont non spécifiques et variés (24).

a) Physiques

La liste non exhaustive des symptômes physiques possibles comprend :

- Asthénie
- Céphalées
- Vertiges
- Sueurs
- Palpitations
- Troubles gastro-intestinaux, nausées, ballonnements
- Variations pondérales
- Infections rhinopharyngées à répétition
- Arthralgies, notamment lombalgies
- Douleurs musculaires
- Démangeaisons cutanées

b) Psychiques

Les symptômes psychiques associés au burnout peuvent eux aussi être diversifiés, et se cumuler les uns aux autres. Il s'agit notamment de :

- Anxiété
- Symptômes dépressifs
- Labilité émotionnelle
- Crises d'angoisse ou de colère
- Troubles de l'attention
- Troubles de la mémoire
- Troubles du sommeil

G. Conséquences

a) Personnelles

Des conduites à risque, comme des prises de substances (tabac, alcool, drogues) (26) ou de médicaments (psychostimulants, neuroleptiques) sont décrites. Le risque de mort volontaire est également augmenté (27).

b) Familiales

Une perturbation de la vie privée peut survenir, avec notamment une augmentation des conflits au sein du couple ou de la famille (28).

c) Professionnelles

En termes d'heures travaillées, un absentéisme ou au contraire un surinvestissement professionnel à visée compensatoire sont possibles. Une dégradation des relations avec les collègues et plus généralement les équipes peut être notée. L'étape ultime est la dégradation de la qualité des soins prodigués, ce qui fait du patient la victime collatérale ou secondaire du burnout (29).

H. Santé publique

a) Actualités

La mondialisation, l'utilisation d'outils informatiques complexes, la crise sanitaire du Covid-19 sont autant de facteurs ayant un impact sur la qualité de vie au travail. Bien que ceux-ci puissent interférer avec notre quotidien, ils ne doivent pas être analysés comme étant de potentiels sources de syndrome de burnout. Il faut donc savoir différencier les réels symptômes d'épuisement professionnel des signes de lassitude dus à certains aspects de la profession.

Aussi, les médias relaient de plus en plus d'informations concernant la souffrance au travail, avec des chiffres parfois alarmants et semblant surestimés. On peut retrouver dans la presse que « 97% des médecins ont déjà connu l'épuisement professionnel » (30), ou encore découvrir comme titre d'article de journal : « un médecin français sur deux est en burn-out » (31). Les personnes en formation sont également évoquées, comme dans l'article nommé « deux tiers des étudiants et internes sont en burn-out » (32).

L'Inter Syndicale Nationale des Internes (ISNI) alerte régulièrement sur l'état de santé des internes, interrogeant l'État français sur la rémunération (33), le taux élevé de suicides (34), la forte prévalence de symptômes dépressifs (35). Les diverses affiches et images que cette organisation diffuse se retrouvent en annexes de ce travail.

Ainsi, seules les études scientifiques validées doivent faire foi et seront prises en considération pour la discussion de ce travail.

b) Prévalence

En 2015, selon l'Institut de Veille Sanitaire (INVS), 480 000 personnes en France étaient en détresse psychologique au travail et le burn-out concernait 7% de la population active, soit 30 000 personnes. Le cabinet Technologia retrouvait la même année 3,2 millions d'employés en burnout, soit 12% de la population ayant un emploi (36).

Aux Pays-Bas, la prévalence actuelle est estimée entre 4 à 7% selon Schaufeli et Enzmann (6). Hallsten l'estime également à 7% en Suède (37), et Kristensen à 10% de prévalence au Danemark (38).

Pour ce qui est des populations de soignants et comme suggéré plus haut, tous les corps de métiers peuvent être atteints.

Une étude portant sur 3600 infirmiers français retrouvait un taux de syndrome de burnout de 21,1% après 5 ans d'ancienneté, augmentant à 26,8% après 25 ans dans la profession (39).

Chez les médecins, les résultats seront abordés dans la discussion de cette étude.

c) Économie

Le coût social du stress au travail était estimé en 2000 entre 0,83 et 1,656 milliard d'euros, ce qui représente 10 à 20% des dépenses de la branche accidents du travail / maladies professionnelles de la Sécurité Sociale (40). Ces chiffres ont augmenté en 2007, estimés entre 1,9 et 3 milliards d'euros sur la base d'une population active de 27,8 millions de personnes (41).

d) Mesures législatives

C'est en 2015 à l'Assemblée Nationale qu'est née la proposition de loi numéro 516 visant à faire reconnaître le burnout et les pathologies psychiatriques qui en résultent comme maladie professionnelle sous certaines conditions (42).

Diverses mesures ont été prises afin de dépister au mieux cette affection, comme le prouvent les articles L811-1 à L814-2 du code général de la fonction publique, qui imposent désormais un examen médical auprès de la médecine du travail au moment de la prise de fonction et de manière périodique tous les deux ans (43).

Les instances internationales travaillent également pour la reconnaissance du syndrome de burnout comme maladie professionnelle (44).

I. Synthèse

Le burnout peut survenir chez n'importe quel individu sans prédisposition. Il suffit que la personne en question soit exposée à certains facteurs au sein de son activité professionnelle. Si cette exposition est prolongée et qu'il n'y a pas de régulation ou que les stratégies pour y faire face sont insuffisantes ou inadaptées, un stress chronique peut alors s'installer. Les conséquences qui en découlent peuvent alors toucher toutes les sphères de l'individu concerné.

Le schéma ci-après récapitule ces interactions, il a été emprunté au guide de prévention de l'Institut National de la Recherche et de la Sécurité (INRS) (20).

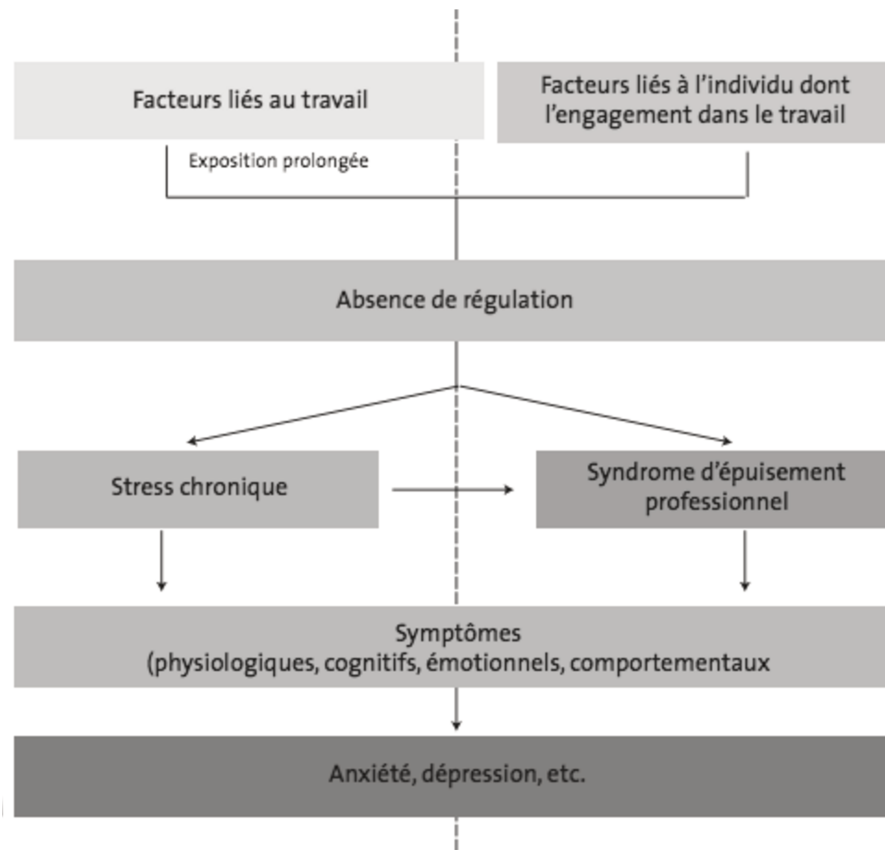


Figure 4 : Interactions entre burnout, risques psychosociaux et symptômes psychiques

J. Rationnel de l'étude

Le syndrome d'épuisement professionnel est une pathologie de plus en plus fréquente. Le monde médical en souffre, et aucune spécialité ne semble épargnée.

Les rapports nationaux et internationaux confirment que les différentes spécialités chirurgicales sont connues pour avoir des taux élevés de burnout (45)(46)(47)(48).

Le domaine de la pédiatrie est également touché par cette affection (49). De plus, les taux semblent augmenter au sein de cette population (50).

Sept études ont été publiées dans le monde sur le burnout en chirurgie pédiatrique :

- Deux concernent les chirurgiens orthopédistes : chinois (51) et états-uniens (52).
- Deux autres s'intéressent à la population des chirurgiens urologues pédiatres : francophones (53) et américains / brésiliens (54).
- Les dernières études concernent les chirurgiens pédiatres canadiens (55), pakistanais (56) et espagnols (57).

Les chirurgiens pédiatres américains ont publié plusieurs études sur l'état de santé mentale au sens large, sans analyse du burnout. Une s'intéresse au bien-être des chirurgiens pédiatres spécialisés dans la greffe d'organes solides (58), une autre à la compassion envers les patients (59), une autre étudie la satisfaction de carrière de ces praticiens (60), et la dernière analyse les sources de détresse chez les chirurgiens pédiatres (61).

De manière plus anecdotique, un article évalue la satisfaction des internes de chirurgie pédiatrique en Arabie Saoudite vis-à-vis de leur formation (62).

A notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur l'ensemble de la population des chirurgiens pédiatres français quelle que soit leur surspécialité, ni quel que soit leur niveau d'expérience.

Nous avons décidé de mener un travail portant sur la population des chirurgiens pédiatres français, en incluant toutes les surspécialités que comporte la discipline.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, nationale et multicentrique. La population étudiée était celles des chirurgiens pédiatres en exercice (seniors) et en formation (internes), en France métropolitaine et dans les DROM-COM.

Pour ce faire, deux questionnaires (un à l'attention de chaque groupe) ont été rédigés. Ils étaient mis à disposition sur Internet via un formulaire Google Forms. La participation était basée sur le volontariat et n'était pas rémunérée. Le recueil des données était totalement anonyme.

Le lien du questionnaire a été diffusé après approbation par les comités scientifiques des sociétés savantes suivantes :

- Société Française d'Orthopédie Pédiatrique (SOFOP)
- Société Française de Chirurgie Pédiatrique (SFCP)
- Société Française de Neurochirurgie Pédiatrique (SFNP)
- Section Française de Chirurgie Plastique Pédiatrique (SFCPP)
- Centre de Référence des Fentes et Malformations Faciales (CRFMF)
- Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français (SFCP)
- Association des Chirurgiens Pédiatres en Formation (ACPF)

B. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'estimer le taux de chirurgiens pédiatres présentant des symptômes de burnout.

L'objectif secondaire était de déterminer s'il existait des facteurs associés à la survenue de ce syndrome.

C. Calendrier de l'étude

Le calendrier de l'étude était le suivant :

Mai – juin 2022 : rédaction du protocole de l'étude et élaboration des questionnaires

Juin – juillet 2022 :

- Du 21 juin au 24 juillet 2022 : recueil des données des internes
- Du 7 juillet au 14 août 2022 : recueil des données des seniors

Juillet 2022 : analyse statistique

Août – septembre 2022 : rédaction

D. Données recueillies : composition des questionnaires

Le contenu des questionnaires a été décidé suite à l'analyse des données de la littérature internationale.

a) Maslach Burnout Inventory

1. Généralités

Le score développé par Maslach et Jackson en 1981 comportait initialement 47 items, et a été établi sur un échantillon de 605 personnes travaillant dans la police, les prisons ou les institutions de santé (10). Il a été réduit par les mêmes autrices à 22 questions pour composer le Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) que l'on utilise actuellement.

Deux autres versions existent : (63)

- Une pour les enseignants et éducateurs, appelée Maslach Burnout Inventory Educators Survey (MBI-ES)
- Une raccourcie à 16 questions, la Maslach Burnout Inventory General Scale (MBI-GS), adaptée à toutes les professions y compris sans relation d'aide à la personne

Les questions sont à choix de réponse unique selon une échelle de Likert à sept degrés (64). Les options de réponse suivent toujours le même modèle : « jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, tous les jours ».

Un chiffre est associé à chaque modalité de réponse, de 0 à 6, comme suit :

| Réponse donnée | Points équivalents |
|---------------------------|--------------------|
| Jamais | 0 |
| Quelques fois par an | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Quelques fois par mois | 3 |
| Une fois par semaine | 4 |
| Quelques fois par semaine | 5 |
| Tous les jours | 6 |

Tableau 1 : Scores aux questions du MBI

2. Sous-échelles

La valeur de chaque sous-échelle qui compose le score est obtenue par addition des points à certaines questions établies par le manuel.

L'épuisement émotionnel est représenté par 9 questions, la dépersonnalisation par 5, et l'accomplissement personnel par 8.

Le détail des questions correspondantes se trouve dans le tableau suivant :

| | Numéros des questions dont les points de réponse doivent être additionnés |
|---------------------------|---|
| Épuisement émotionnel | 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 |
| Dépersonnalisation | 5, 10, 11, 15, 22 |
| Accomplissement personnel | 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 |

Tableau 2 : Questions composant les sous-échelles du MBI

3. Seuils pathologiques

Des degrés de gravité sont établis pour chaque échelle, dont voici la conversion en points obtenus aux questions :

| | Épuisement émotionnel | Dépersonnalisation | Accomplissement personnel |
|---------|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| Faible | 0-16 | 0-6 | 37 et plus |
| Modérée | 17-26 | 7-12 | 31-36 |
| Sévère | 27 et plus | 13 et plus | 0-30 |

Tableau 3 : Seuils pathologiques pour les sous-échelles du MBI

4. Score global

Le score MBI global est défini dans le manuel d'utilisation selon trois stades de risque. Il faut pour cela s'intéresser au nombre de sous-échelles ayant un score sévère. Ainsi, les risques sont répartis en risques nul, faible, modéré ou élevé de présenter un syndrome de burnout.

| Risque de burnout | Nombres d'échelle(s) sévère(s) | Échelle(s) sévère(s) |
|-------------------|--------------------------------|---|
| Nul | 0 | Aucune |
| Faible | 1 | Épuisement émotionnel ou dépersonnalisation ou accomplissement personnel |
| Modéré | 2 | Épuisement émotionnel et dépersonnalisation ou Épuisement émotionnel et accomplissement personnel ou Dépersonnalisation et accomplissement personnel |
| Élevé | 3 | Épuisement émotionnel et dépersonnalisation et accomplissement personnel |

Tableau 4 : Scores de gravité de syndrome de burnout selon le MBI

Il faut savoir que ce score est validé, traduit en Français, Grec, Italien, Néerlandais, Allemand, Japonais, Arabe, Espagnol, Finnois, Suédois, Norvégien, Polonais, Hébreu (63).

Il s'est imposé comme le score international et serait retrouvé dans plus de 90% des études disponibles dans la littérature (65).

b) Autres éléments de recueil

Nous nous sommes également intéressés aux facteurs retrouvés dans la littérature comme :

- Pouvant être associés au syndrome de burnout, quel que soit son moyen d'évaluation (MBI ou autre score validé)
- Étant évoqués dans des études portant sur des éléments davantage subjectifs tels que la satisfaction et le bien-être au travail

1. Internes

- Données démographiques

- Sexe (66) (67)
- Age (68)
- Durée d'exercice (66) (69)
- Statut marital (68) (70)
- Enfants (68)

- Données en rapport avec le travail

- Nombre d'heures de travail hebdomadaires (71) (67)
- Nombre d'heures au bloc hebdomadaires (72)
- Repos de garde (73)
- Nombre de gardes mensuelles (74)
- Nombre de jours de congés (50)
- Erreur médicale (75)
- Mentor (76)
- Satisfaction globale (77) (72)
- Conseil de carrière identique à un proche (78) (79) (70)
- Obligations familiales (71)

- Données de santé
- Problèmes de sommeil (75)
- Présence d'addictions (35) (74)
- Recours à des médicaments (45)
- Activités loisirs (80) (77)
- Idées suicidaires (74) (70) (71)
- Situation de harcèlement (70)

2. Seniors

- Données démographiques
- Sexe (52)
- Age (81)
- Lieu d'exercice (82)
- Type d'activité : complète ou partielle (51)
- Durée d'exercice (83)
- Statut marital (83)
- Enfants (81)

- Données en rapport avec le travail
- Nombre d'heures de travail hebdomadaires (84) (51)
- Nombre de gardes ou astreintes mensuelles (82) (85)
- Nombre d'interventions ou temps passé au bloc opératoire (86)
- Erreur médicale (47) (83)
- Satisfaction salariale (51)
- Obligations entre vies professionnelle et privée (47) (87)
- Recommandation carrière en médecine ou dans leur spécialité (88) (89)

- Données de santé
- Recours aux médicaments (26)
- Présence d'addictions (90)
- Activités loisirs (91)
- Idées suicidaires (92)
- Harcèlement (93)

3. Questionnaires

Ainsi, les questionnaires étaient composés de :

- 50 questions pour les internes
- 47 questions pour les seniors

Tous deux sont disponibles dans les annexes de ce travail.

E. Analyse statistique

Nous avons déterminé la normalité de la distribution par un test de Shapiro-Wilks.

Les variables ont été décrites par leur moyenne et écart-type, ou bien par médiane et écart interquartiles.

Dans un premier temps, nous avons déterminé le lien entre le risque modéré ou élevé de syndrome de burnout et les facteurs d'intérêt détaillés ci-dessus, de façon univariée par un test du Chi².

Les variables statistiquement significativement associées au risque modéré à élevé de burnout ont ensuite été intégrées dans un modèle multivarié employant une régression logistique binomiale par la méthode Enter.

Une valeur de $p < 0,05$ a été choisie pour retenir la significativité.

L'analyse secondaire sur les sous scores s'est effectuée selon le même plan statistique.

III. RESULTATS

A. Population des internes

a) Taux de participation

Selon le site Medshake (94) et son outil de statistiques des Épreuves Classantes Nationales (ECN), le nombre d'internes inclus dans la maquette de Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Chirurgie Pédiatrique et étant actuellement en formation a été estimé à 117 internes. Le décompte est le suivant :

| Années | Nombre de postes pourvus en chirurgie pédiatrique sur le territoire français |
|--------|--|
| 2017 | 24 |
| 2018 | 22 |
| 2019 | 22 |
| 2020 | 23 |
| 2021 | 26 |
| Total | 117 |

Tableau 5 : Postes pourvus en chirurgie pédiatrique en France entre 2018 et 2021

Sur la période donnée, 92 réponses ont été recueillies. Le taux de participation est donc estimé à 78,6%.

b) Autres éléments de recueil

1. Données démographiques

Les données démographiques concernant les internes sont décrites dans le tableau suivant.

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|---|---------------------------|------|--|------|--|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Age | | | | | | |
| Moins de 25 ans | 5 | 5,4 | 1 | 2,6 | 4 | 7,4 |
| 25-30 ans | 65 | 70,6 | 30 | 79,0 | 35 | 64,8 |
| Plus de 30 ans | 22 | 23,9 | 7 | 18,4 | 15 | 27,8 |
| Sexe | | | | | | |
| Masculin | 31 | 33,7 | 12 | 31,6 | 19 | 35,2 |
| Féminin | 61 | 66,3 | 26 | 68,4 | 35 | 64,8 |
| Avancement dans la formation | | | | | | |
| Phase socle (semestres 1-4) | 16 | 17,4 | 6 | 15,8 | 10 | 18,5 |
| Phase approfondissement (semestres 5-8) | 48 | 52,2 | 19 | 50 | 29 | 53,7 |
| Phase consolidation (semestres 9-12) | 28 | 30,4 | 13 | 34,2 | 15 | 27,8 |
| Statut marital | | | | | | |
| Célibataire | 38 | 41,3 | 17 | 44,7 | 21 | 38,9 |
| En couple | 54 | 58,7 | 21 | 55,3 | 33 | 61,1 |
| Enfants | | | | | | |
| Oui | 14 | 15,2 | 3 | 7,0 | 11 | 20,4 |
| Non | 78 | 84,8 | 35 | 92,1 | 43 | 79,6 |

Tableau 6 : Données démographiques des internes

La répartition selon les spécialités est la suivante : 38 internes de chirurgie orthopédique pédiatrique (soit 41,3%), et 54 internes de chirurgie viscérale pédiatrique (soit 58,7%).

Soixante-cinq internes se trouvaient dans la tranche d'âge 25-30 ans, soit 70,6% de la cohorte.

Deux tiers (61 personnes, soit 66,3%) étaient des femmes, et un tiers (31 personnes, soit 33,7%) des hommes. En orthopédie, la gent féminine était davantage représentée (68,4%) qu'en chirurgie viscérale (64,8%).

Environ la moitié des répondants (52,2%) se trouvait en phase d'approfondissement, c'est-à-dire entre le cinquième et le huitième semestre. Les autres participants étaient en phase de consolidation pour 30%, et en phase socle pour 17,4%.

Environ soixante pour cent (58,7%) des internes étaient en couple, et les quarante autres pour cent (41,3%) célibataires.

La majorité (84,8%) n'avait pas d'enfant, allant jusqu'à 92,1% dans la cohorte d'orthopédistes pédiatres.

2. Maslach Burnout Inventory

a. Échelles

Les résultats pour chaque sous-échelle sont présentés dans le tableau suivant :

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|------------------------------|---------------------------|------|---|------|--|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Épuisement émotionnel | | | | | | |
| Faible | 27 | 29,3 | 12 | 31,6 | 15 | 27,8 |
| Modéré | 32 | 34,8 | 12 | 31,6 | 20 | 37,0 |
| Sévère | 33 | 35,9 | 14 | 36,8 | 19 | 35,2 |
| Dépersonnalisation | | | | | | |
| Faible | 31 | 33,7 | 8 | 21,1 | 23 | 42,6 |
| Modéré | 29 | 31,5 | 13 | 34,2 | 16 | 29,6 |
| Sévère | 32 | 34,8 | 17 | 44,7 | 15 | 27,8 |
| Accomplissement personnel | | | | | | |
| Faible | 56 | 60,9 | 24 | 63,2 | 32 | 59,2 |
| Modéré | 19 | 20,6 | 8 | 21,0 | 11 | 20,4 |
| Sévère | 17 | 18,5 | 6 | 15,8 | 11 | 20,4 |

Tableau 7 : Scores des trois sous-échelles du MBI des internes

Les internes répondaient à une répartition équitable sur la sous-échelle de l'épuisement émotionnel, avec globalement un tiers de faible gravité (29,3%), un tiers de gravité modérée (34,8%), et un tiers de gravité élevée (35,9%).

La dépersonnalisation survenait globalement dans les mêmes proportions.

Les internes d'orthopédie étaient atteints plus sévèrement que leurs collègues de chirurgie viscérale pour ces deux sous-échelles.

Pour ce qui est de l'accomplissement personnel, les chiffres sont moins alarmants avec une majorité de faible degré d'atteinte. Cette fois, les internes de chirurgie viscérale sont davantage touchés par une atteinte sévère (20,4%) que les internes de chirurgie orthopédique (15,8%).

b. Score global de risque de syndrome de burnout

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|--------|---------------------------|------|---|------|--|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Normal | 38 | 41,3 | 14 | 36,8 | 24 | 44,4 |
| Faible | 31 | 33,7 | 14 | 36,8 | 17 | 31,5 |
| Modéré | 18 | 19,6 | 7 | 18,4 | 11 | 20,4 |
| Élevé | 5 | 5,4 | 3 | 7,9 | 2 | 3,7 |

Tableau 8 : Scores du MBI des internes

Ces scores sont à nouveau représentés sur le diagramme suivant.

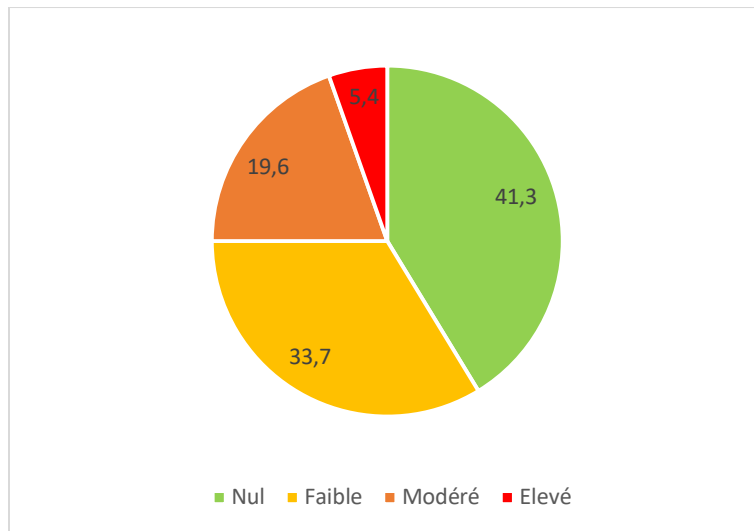


Figure 5 : Diagramme du risque global de burnout, tous internes

Plus de la moitié des internes de chirurgie pédiatrique (58,5%) présente des symptômes d'épuisement professionnel, tous degrés confondus.

Un tiers de la cohorte présente un risque faible (33,7%) de développer un syndrome de burnout, un cinquième (19,6%) est à risque modéré, et un vingtième (5,4%) est à risque élevé.

3. Données descriptives liées au travail

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|---|---------------------------|------|--|------|--|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Heures travaillées / semaine | | | | | | |
| 35 à 48h | 1 | 1,1 | 1 | 2,6 | 0 | 0 |
| 48 à 60h | 26 | 28,3 | 11 | 28,9 | 15 | 27,8 |
| Plus de 60h | 65 | 70,6 | 26 | 68,4 | 39 | 72,2 |
| Heures passées au bloc | | | | | | |
| < 20h par semaine | 39 | 42,4 | 21 | 55,3 | 18 | 33,3 |
| 20h ou plus | 53 | 57,6 | 17 | 44,7 | 36 | 66,7 |
| Nombre de gardes ou astreintes mensuelles | | | | | | |
| Moins de 6 | 39 | 42,4 | 16 | 42,1 | 23 | 42,6 |
| 6 ou plus | 53 | 57,6 | 22 | 57,9 | 31 | 57,4 |
| Repos de garde pris systématiquement | | | | | | |
| Oui | 40 | 43,5 | 13 | 34,2 | 27 | 50,0 |
| Non | 52 | 56,5 | 25 | 65,7 | 27 | 50,0 |
| Nombre de jours de congés annuels | | | | | | |
| 25 ou moins | 48 | 52,2 | 20 | 52,6 | 28 | 51,8 |
| Plus de 25 | 44 | 47,8 | 18 | 47,4 | 26 | 48,2 |
| Erreur médicale au cours des 3 derniers mois | | | | | | |
| Oui | 40 | 43,5 | 18 | 47,4 | 22 | 40,7 |
| Non | 52 | 56,5 | 20 | 52,6 | 32 | 59,3 |
| Présence d'un mentor | | | | | | |
| Oui | 73 | 79,3 | 29 | 76,3 | 44 | 81,5 |
| Non | 19 | 20,7 | 9 | 23,7 | 10 | 18,5 |

Tableau 9 : Données en rapport avec le travail des internes

Les internes travaillent majoritairement plus de 60 heures par semaine, pour 70,6% d'entre eux.

Plus de la moitié (57,6%) passe plus de 20 heures par semaine au bloc opératoire, avec une moyenne de 20,6 heures et une médiane de 20 heures.

La moyenne du nombre de gardes mensuelles est de 6. Il existe une légère tendance à effectuer plus que 6 gardes, pour 57,6% de la population. Un quart (25%) effectuait 8 gardes ou plus par mois. Plus de la moitié des internes (56,5%) ne bénéficie pas systématiquement du repos de sécurité le lendemain de garde.

La moyenne est de 25 jours de congés annuels, soit 5 semaines. Il existe une légère majorité d'internes en prenant moins, à hauteur de 52,2%. Près d'un interne sur dix (9,8%) déclarait avoir moins de vingt jours par an.

Quarante internes sur 92 (43,5%) estiment être à l'origine d'une erreur médicale au cours des trois derniers mois.

Les questions de satisfaction quant à l'enseignement (pratique et théorique) ainsi que vis-à-vis du salaire proposaient quatre items de réponse, exposées dans le prochain tableau.

4. Satisfaction des internes

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|-------------------------------------|---------------------------|------|--|------|---|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Satisfaction enseignement théorique | | | | | | |
| Très insatisfait | 16 | 17,4 | 9 | 23,7 | 7 | 13,0 |
| Insatisfait | 44 | 47,8 | 16 | 42,1 | 28 | 51,8 |
| Satisfait | 27 | 29,3 | 11 | 28,9 | 16 | 29,6 |
| Très satisfait | 5 | 5,4 | 2 | 5,3 | 3 | 5,6 |
| Satisfaction enseignement pratique | | | | | | |
| Très insatisfait | 4 | 4,3 | 1 | 2,6 | 3 | 5,6 |
| Insatisfait | 26 | 28,3 | 10 | 26,3 | 16 | 29,6 |
| Satisfait | 49 | 53,3 | 23 | 60,5 | 26 | 48,1 |
| Très satisfait | 13 | 14,1 | 4 | 10,5 | 9 | 16,7 |
| Satisfaction du salaire | | | | | | |
| Très insatisfait | 36 | 39,1 | 15 | 39,5 | 21 | 38,9 |
| Insatisfait | 50 | 54,3 | 21 | 55,3 | 29 | 53,7 |
| Satisfait | 6 | 6,5 | 2 | 5,2 | 4 | 7,4 |
| Très satisfait | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tableau 10 : Satisfaction des internes

Les internes ont globalement peu de satisfaction quant à la formation théorique. En effet, 65,2% en sont très insatisfaits ou insatisfaits, contre seulement 5,4% de très satisfaits. Ceci est deux fois plus marqué en orthopédie (23,7% de très insatisfaits) qu'en viscérale (13%).

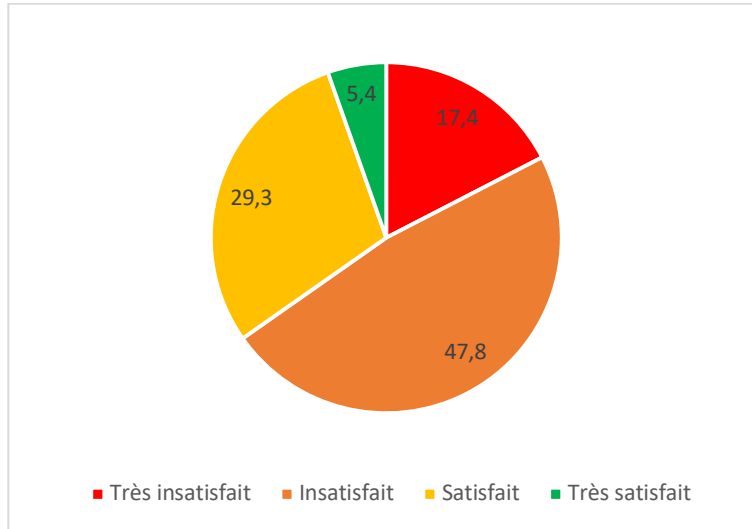


Figure 6 : Satisfaction enseignement théorique, tous internes

A l'inverse, 67,4% sont satisfaits ou très satisfaits de la formation pratique qu'ils reçoivent notamment au bloc opératoire, contre seulement 4,3% de très insatisfaits. Les proportions ne diffèrent pas en fonction de la surspécialité choisie.

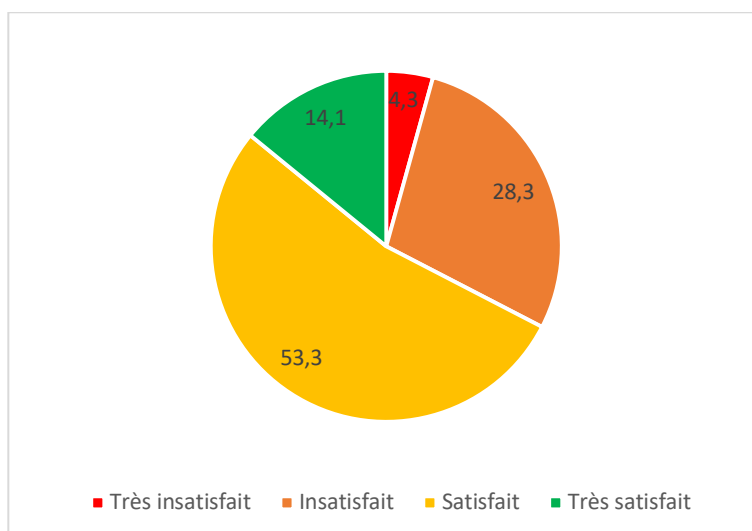


Figure 7 : Satisfaction enseignement pratique, tous internes

Par ailleurs, plus de 90% (93,4%) des internes sont insatisfaits ou très insatisfaits de leur salaire.

5. Vie familiale

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|--|---------------------------|------|---|------|--|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Interférences entre vies professionnelle et privée | | | | | | |
| Jamais | 3 | 3,3 | 1 | 2,6 | 2 | 3,7 |
| Quelquefois | 35 | 38,0 | 12 | 31,6 | 23 | 42,6 |
| Souvent | 54 | 58,7 | 25 | 65,8 | 29 | 53,7 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | | | | | | |
| Oui | 31 | 33,7 | 13 | 34,2 | 18 | 33,3 |
| Non | 61 | 66,3 | 25 | 65,8 | 36 | 66,7 |
| Conseil à un proche de carrière en médecine | | | | | | |
| Oui | 38 | 41,3 | 15 | 39,5 | 23 | 42,6 |
| Non | 54 | 58,7 | 23 | 60,5 | 31 | 57,4 |

Tableau 11 : Données sur la vie familiale des internes

Près de soixante pour cent (58,7%) estiment que le travail interfère avec la vie privée de manière fréquente, et près de quarante pour cent (38%) le ressentent occasionnellement.

Deux tiers des internes (66,3%) ne recommanderaient pas le métier de chirurgien pédiatre à leurs enfants ou leurs proches.

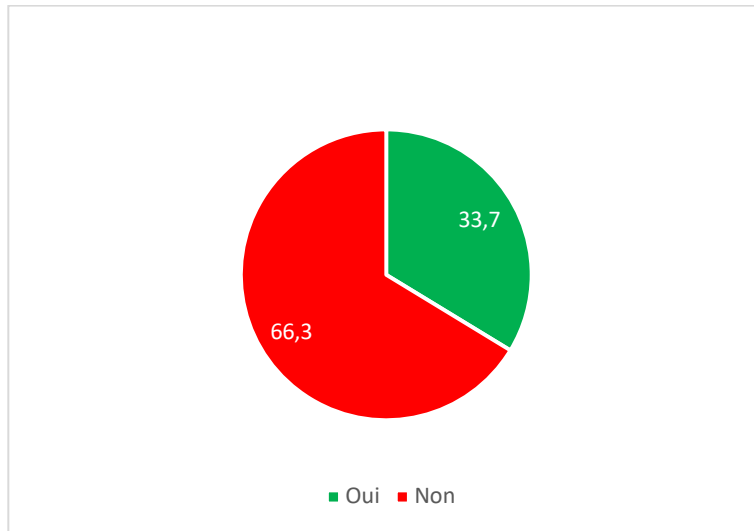


Figure 8 : Conseil de carrière en chirurgie pédiatrique, internes

Plus de la moitié des internes (58,7%) ne recommanderait pas de carrière en médecine à ses enfants ou proches.

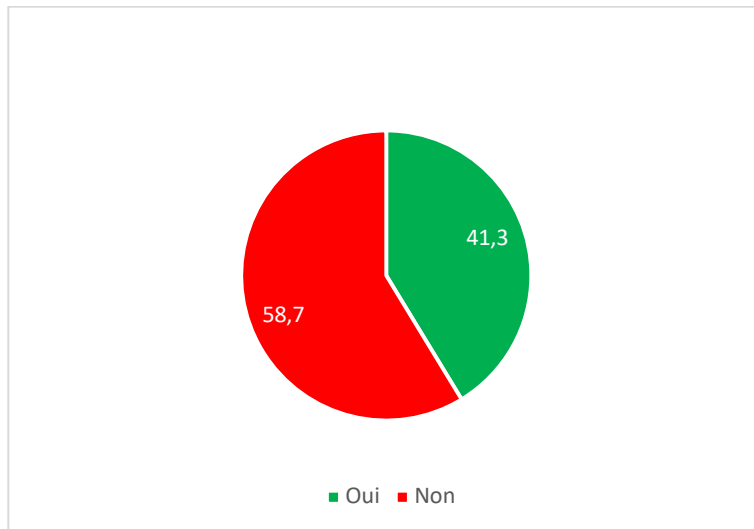


Figure 9 : Conseil de carrière en médecine, internes

6. État de santé global

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|--|---------------------------|------|--|------|---|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| État de santé subjectif | | | | | | |
| Mauvais | 1 | 1,1 | 0 | 0 | 1 | 1,8 |
| Moyen | 21 | 22,8 | 6 | 15,8 | 15 | 27,8 |
| Bon | 59 | 64,1 | 26 | 68,4 | 33 | 61,1 |
| Excellent | 11 | 11,9 | 6 | 15,8 | 5 | 9,3 |
| Pratique d'un loisir / sport | | | | | | |
| Rarement ou jamais | 32 | 34,8 | 11 | 29,0 | 21 | 38,9 |
| Une fois par semaine | 36 | 39,1 | 16 | 42,1 | 20 | 37,0 |
| 2-3 fois par semaine | 16 | 17,4 | 8 | 21,0 | 8 | 14,8 |
| Plus de 3 fois | 8 | 8,7 | 3 | 7,9 | 5 | 9,3 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | | | | | | |
| Oui | 21 | 22,8 | 8 | 21 | 13 | 24,1 |
| Non | 71 | 77,2 | 30 | 79 | 41 | 75,9 |
| Harcèlement | | | | | | |
| Oui | 35 | 38 | 18 | 47,4 | 17 | 31,5 |
| Non | 57 | 62 | 20 | 52,6 | 37 | 68,5 |
| Aidant trouvé dans situation de harcèlement | | | | | | |
| | N=35 | | N=18 | | N=17 | |
| Oui | 10 | 28,6 | 6 | 33,3 | 4 | 23,5 |
| Non | 25 | 71,4 | 12 | 66,7 | 13 | 76,5 |

Tableau 12 : État de santé des internes

Soixante-seize pour cent des internes jugent leur état de santé bon ou excellent. Ceci est davantage marqué chez les internes d'orthopédie (15,8% se jugent en excellente santé) que chez les internes de chirurgie viscérale (9,3% en excellente santé subjective).

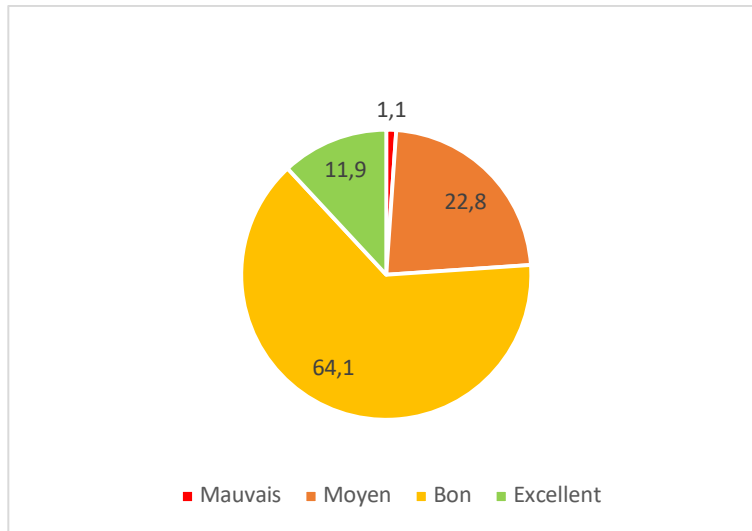


Figure 10 : État de santé des internes

Un tiers des internes (34,8%) déclare ne quasiment jamais pratiquer d'activité sportive. Un quart des internes (26,1%) en pratique au moins deux fois par semaine. Les internes de chirurgie pédiatrique viscérale sont plus sédentaires (38,9% n'effectuent jamais ou rarement de sport) que leurs collègues orthopédistes (29% pratiquent très rarement une activité).

Près d'un quart des internes (22,8%) déclare avoir présenté des idées suicidaires au cours des douze derniers mois.

Trente-cinq internes, soit 38%, estiment avoir été victimes d'une situation de harcèlement professionnel. Seulement dix d'entre eux ont pu trouver un aidant dans l'enceinte professionnelle. Ce phénomène est plus ressenti chez les internes d'orthopédie (47,4%) que chez les internes de viscérale (31,5%).

7. Troubles du sommeil

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|-----------------------------------|---------------------------|------|--|------|---|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Difficultés d'endormissement | | | | | | |
| Oui | 26 | 28,3 | 16 | 42,1 | 10 | 17,2 |
| Non | 66 | 71,7 | 22 | 57,9 | 44 | 75,8 |
| Réveils fréquents nocturnes | | | | | | |
| Oui | 28 | 30,4 | 13 | 34,2 | 15 | 25,8 |
| Non | 64 | 69,6 | 25 | 65,8 | 39 | 67,2 |
| Manque de sommeil | | | | | | |
| Oui | 70 | 76,1 | 27 | 71,0 | 43 | 74,1 |
| Non | 22 | 23,9 | 11 | 28,9 | 11 | 18,9 |
| Sommeil non réparateur | | | | | | |
| Oui | 46 | 50,0 | 18 | 47,3 | 28 | 48,2 |
| Non | 46 | 50,0 | 20 | 52,6 | 26 | 44,8 |
| Réveil trop précoce | | | | | | |
| Oui | 18 | 19,6 | 8 | 21,1 | 10 | 17,2 |
| Non | 74 | 80,4 | 30 | 78,9 | 44 | 75,8 |
| Nombre de troubles | | | | | | |
| 0 | 9 | 9,8 | 4 | 10,5 | 5 | 8,6 |
| 1-2 | 51 | 55,4 | 19 | 50 | 32 | 55,1 |
| 3-4-5 | 32 | 34,8 | 15 | 39,5 | 17 | 29,3 |
| Somnifères | | | | | | |
| Oui | 6 | 6,5 | 4 | 10,5 | 2 | 3,7 |
| Non | 86 | 93,5 | 34 | 89,5 | 52 | 96,3 |

Tableau 13 : Troubles du sommeil des internes

Plus de la moitié des internes (55,4%) présente au moins un ou deux symptômes parmi les suivants : difficultés d'endormissement, réveils précoces, manque de sommeil, sommeil non réparateur, réveil trop précoce. Trois quarts des internes (76,1%) ressentent un manque de sommeil. Près d'un tiers (28,3%) présente des difficultés d'endormissement, et près d'un tiers (30,4%) se plaint de réveils nocturnes multiples.

Six internes sur 92 déclarent avoir recours à des somnifères. La proportion est plus importante chez les orthopédistes (10,7%) que chez les chirurgiens viscéraux (3,7%).

8. Consommation de toxiques

| | Tous internes (N = 92) | | Internes de chirurgie orthopédique (N = 38) | | Internes de chirurgie viscérale (N = 54) | |
|-------------------|---------------------------|------|---|------|--|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Tabac régulier | | | | | | |
| Oui | 12 | 13 | 5 | 13,2 | 7 | 12,9 |
| Non | 80 | 87 | 33 | 86,8 | 47 | 87,1 |
| Alcool Régulier | | | | | | |
| Oui | 29 | 31,5 | 10 | 26,3 | 19 | 35,2 |
| Non | 63 | 68,5 | 28 | 73,7 | 35 | 64,8 |
| Cannabis régulier | | | | | | |
| Oui | 2 | 2,2 | 1 | 2,6 | 1 | 1,9 |
| Non | 90 | 97,8 | 37 | 97,4 | 53 | 98,1 |
| Cocaïne régulière | | | | | | |
| Oui | 3 | 3,3 | 2 | 5,3 | 1 | 1,9 |
| Non | 89 | 96,7 | 36 | 94,7 | 53 | 98,1 |
| Psychotropes | | | | | | |
| Oui | 7 | 7,6 | 4 | 10,5 | 3 | 5,6 |
| Non | 85 | 92,4 | 34 | 89,5 | 51 | 94,4 |

Tableau 14 : Consommation de toxiques des internes

Il y a 13% de fumeurs parmi les internes. Près d'un tiers (31,5%) des internes consomme de l'alcool régulièrement. Seuls 2 internes déclarent fumer du cannabis. Trois internes ont recours à la cocaïne.

Sept internes (7,6%) utilisent des traitements antidépresseurs ou anxiolytiques, allant jusqu'à un interne sur dix en orthopédie.

9. Résultats à retenir

Concernant la population des internes de chirurgie pédiatrique français

66% ne recommandent pas la même carrière à leurs enfants

58% présentent au moins un symptôme de burnout

58% ne bénéficient pas systématiquement de leur repos de garde

55% présentent au moins un trouble du sommeil

38% ont déjà vécu une situation de harcèlement

23% ont présenté des idées suicidaires au cours de la dernière année

**10% des internes d'orthopédie pédiatrique ont recours
aux psychotropes ou aux somnifères**

c) Facteurs associés

Vingt-trois internes présentent des scores de MBI modérés ou élevés. Les facteurs associés à ces scores pathologiques sont détaillés ci-après.

Pour tous les tableaux à suivre, le lexique est le suivant :

- OR : odds ratio, rapport des côtes
- IC95% : intervalle de confiance à 95%

1. Analyse univariée

Les résultats des analyses en modèle univarié sont exposés dans les tableaux à venir. Par souci de réduction du volume de ce travail, ils ne seront pas détaillés. Seule l'analyse multivariée sera explorée.

a. MBI modéré à sévère

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|----------------|-------|
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 4,29 | 1,55 – 11,8 | 0,004 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | 3,05 | 1,08 – 8,67 | 0,031 |
| Troubles du sommeil | 1,91 | 1,24 – 2,95 | 0,018 |
| Réveils nocturnes | 3,61 | 1,34 – 9,73 | 0,009 |
| Difficultés d'endormissement | 3,30 | 1,22 – 8,95 | 0,016 |
| Sommeil non réparateur | 2,97 | 1,08 – 8,14 | 0,03 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,220 | 0,0596 – 0,810 | 0,016 |

Tableau 15 : Scores MBI modéré à sévère des internes, analyse univariée

b. Épuisement émotionnel sévère

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|---------------|---------|
| Nombre d'heures de travail | 6,67 | 1,84 – 24,15 | 0,006 |
| Interférences vies professionnelle / personnelle | 3,99 | 1,55 – 10,3 | 0,011 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | 3,17 | 1,16 – 8,66 | 0,021 |
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 3,0 | 1,24 – 7,25 | 0,013 |
| Troubles du sommeil | 2,39 | 1,53 – 3,74 | < 0,001 |
| Manque de sommeil | 4,75 | 1,29 – 17,5 | 0,013 |
| Sommeil non réparateur | 4,48 | 1,77 – 11,4 | 0,001 |
| Difficultés d'endormissement | 3,64 | 1,41 – 9,38 | 0,006 |
| Réveils nocturnes | 2,95 | 1,17 – 7,41 | 0,019 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,163 | 0,0051 – 0,52 | 0,001 |

Tableau 16 : Épuisement émotionnel sévère des internes, analyse univariée

c. Dépersonnalisation sévère

Aucun facteur associé n'est déterminé par l'analyse statistique concernant la dépersonnalisation sévère chez les internes.

d. Diminution sévère de l'accomplissement personnel

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|---------------|-------|
| Substances psychotropes | 7,38 | 1,48 – 36,9 | 0,006 |
| Somnifères | 5,14 | 0,94 – 28,1 | 0,04 |
| Satisfaction de l'enseignement pratique | 0,274 | 0,120 – 0,828 | 0,004 |
| Nombre de jours de congés annuels | 0,907 | 0,827 – 0,998 | 0,042 |

Tableau 17 : Diminution sévère de l'accomplissement personnel des internes, analyse univariée

2. Analyse multivariée

a. MBI modéré à sévère

| | OR | IC95% | p |
|--|--------|-----------------|-------|
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 4,1985 | 1,2877 – 13,690 | 0,017 |
| Troubles du sommeil | 1,8417 | 1,1474 – 2,956 | 0,011 |
| Réveils nocturnes | 3,4299 | 1,0150 – 11,591 | 0,047 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | 2,688 | 0,8664 – 8,342 | 0,087 |

Tableau 18 : Scores MBI modérés à sévères des internes, analyse multivariée

En analyse multivariée, il était retrouvé qu'un score MBI modéré à sévère était significativement associé avec plusieurs variables.

La survenue d'erreurs médicales était associée à un burnout modéré ou sévère (OR 4,1985 ; IC95% 1,2877 – 13,690 ; p 0,017), de troubles du sommeil (OR 1,8417 ; IC95% 1,474 – 2,956 ; p 0,011), notamment de réveils nocturnes (OR 3,4299 ; IC95% 1,0150 – 11,591 ; p 0,047). Cependant, l'analyse statistique ne permet pas de conclure si ces facteurs sont des causes ou des conséquences du burnout.

Il existe une tendance statistique non significative concernant les idées suicidaires au cours de la dernière année (OR 2,688 ; IC95% 0,8664 – 8,342 ; p 0,087).

b. Épuisement émotionnel sévère

| | OR | IC95% | p |
|---|--------|------------------|---------|
| Nombre d'heures de travail | 7,083 | 1,1612 – 43,208 | 0,034 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | 3,6468 | 1,07147 – 12,412 | 0,038 |
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 3,4878 | 1,20956 – 10,057 | 0,021 |
| Troubles du sommeil | 3,217 | 1,623 – 6,378 | < 0,001 |
| Manque de sommeil | 5,4236 | 1,15060 – 25,566 | 0,033 |
| Sommeil non réparateur | 3,8325 | 1,30694 – 11,239 | 0,014 |
| Conseil chirurgie pédiatrique | 0,106 | 0,0185 – 0,608 | 0,012 |
| Satisfaction salariale | 0,154 | 0,0434 – 0,546 | 0,004 |

Tableau 19 : Épuisement émotionnel sévère des internes, analyse multivariée

L'analyse de la sous-échelle 'Épuisement émotionnel' et son caractère sévère retrouve des liens hautement significatifs avec davantage de variables.

Il s'agit en premier lieu du nombre d'heures travaillées par semaine (OR 7,083 ; IC95% 1,1612 – 43,208 ; p 0,034). La présence d'une erreur médicale récente ressort à nouveau comme facteur associé (OR 3,4878 ; IC95% 1,20956 – 10,057 ; p 0,021).

Les idées suicidaires au cours de la dernière année restent elles aussi associées à l'épuisement émotionnel sévère (OR 3,6468. IC95% 1,07147 – 12,412 ; p 0,038). Les troubles du sommeil ressortent également (OR 3,217 ; IC95% 1,623 – 6,378 ; p < 0,001).

Enfin, le fait de conseiller une carrière en chirurgie pédiatrique (OR 0,106 ; IC95% 0,0185 – 0,608 ; p 0,012) et d'être satisfait de son salaire (OR 0,154 ; IC95% 0,0434 – 0,546 ; p 0,004) apparaissent comme facteurs protecteurs.

c. Dépersonnalisation sévère

Aucune analyse multivariée n'a été réalisée devant l'absence de facteur associé en analyse univariée.

d. Diminution sévère de l'accomplissement personnel

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|----------------|-------|
| Satisfaction de l'enseignement pratique | 0,249 | 0,0972 – 0,638 | 0,004 |
| Nombre de jours de congés annuels | 0,886 | 0,7893 – 0,994 | 0,040 |

Tableau 20 : Diminution sévère de l'accomplissement personnel des internes, analyse multivariée

Pour ce qui est de la diminution de l'accomplissement personnel, deux facteurs y sont statistiquement associés lorsque celle-ci est caractérisée de sévère. Il s'agit tout d'abord de la satisfaction quant à l'enseignement pratique (OR 0,249 ; IC95% 0,0972 – 0,638 ; p 0,004) et du nombre de congés annuels (OR 0,886 ; IC95% 0,7893 – 0,994 ; p 0,040).

3. Résultats à retenir

Dans la population des internes de chirurgie pédiatrique français

Les facteurs significativement associés sont :

Pour un score MBI modéré à sévère

**Une erreur médicale datant d'il y a moins de 3 mois
(OR 4,1985 ; IC 1,2877 – 13,690 ; p 0,017)**

Pour un épuisement émotionnel sévère

**Le nombre d'heures de travail
(OR 7,083 ; IC 1,1612 – 43,208 ; p 0,034)**

**Les idées suicidaires au cours de la dernière année
(OR 3,6468 ; IC 1,07147 – 12,412 ; p 0,038)**

Pour un accomplissement personnel sévèrement diminué

**Le nombre de jours de congés
(OR 0,886 ; IC 0,7893 – 0,994 ; p 0,040)**

B. Population des seniors

a) Taux de participation

161 chirurgiens pédiatres ont participé à l'étude. La démographie nationale, selon le site Internet de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) est composée comme suit :

| Exercice | Nombre |
|-----------------------|--------|
| Salariés hospitaliers | 213 |
| Libéraux exclusifs | 47 |
| Mixtes | 102 |
| Total | 362 |

Tableau 21 : Démographie des chirurgiens pédiatres français en 2022 (DREES)

Le taux de participation est donc estimé à 44,5%.

b) Description

1. Données démographiques

Les données démographiques des chirurgiens seniors sont exposées dans le tableau suivant.

Pour toutes les analyses réalisées, les neurochirurgiens (N = 14), les chirurgiens plasticiens (N = 10) et les chirurgiens maxillo-faciaux (N = 2), ont été regroupés sous une seule catégorie « autres spécialités » (N= 26).

| | Tous seniors (N = 161) | | Chirurgiens orthopédistes (N = 65) | | Chirurgiens viscéraux (N = 70) | | Autres spécialités (N = 26) | |
|------------------------------|---------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|-----------------------------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Age | | | | | | | | |
| 30-40 ans | 42 | 26,1 | 16 | 24,6 | 16 | 22,9 | 10 | 38,5 |
| 40-50 ans | 46 | 28,6 | 21 | 32,3 | 17 | 24,3 | 8 | 30,8 |
| 50-60 ans | 45 | 27,9 | 19 | 29,2 | 20 | 28,6 | 6 | 23,1 |
| Plus de 60 ans | 28 | 17,4 | 9 | 13,8 | 17 | 24,3 | 2 | 7,7 |
| Sexe | | | | | | | | |
| Masculin | 82 | 51,0 | 39 | 60,0 | 31 | 44,3 | 12 | 46,2 |
| Féminin | 79 | 49,0 | 26 | 40,0 | 39 | 55,7 | 14 | 53,8 |
| Durée d'exercice | | | | | | | | |
| Moins de 5 ans | 28 | 17,4 | 12 | 18,5 | 10 | 14,3 | 6 | 23,1 |
| 5-20 ans | 71 | 44,1 | 28 | 43,1 | 28 | 40,0 | 15 | 57,7 |
| Plus de 20 ans | 62 | 38,5 | 25 | 38,5 | 32 | 45,7 | 5 | 19,2 |
| Lieu d'exercice | | | | | | | | |
| CHRU | 121 | 75,2 | 43 | 66,2 | 55 | 78,6 | 23 | 88,5 |
| Hôpital périphérique | 9 | 5,6 | 6 | 9,2 | 3 | 4,3 | 0 | 0 |
| Structure privée | 19 | 11,8 | 10 | 15,4 | 7 | 10,0 | 2 | 7,7 |
| Activité partagée | 12 | 7,4 | 6 | 9,2 | 5 | 7,1 | 1 | 3,8 |
| Type d'exercice | | | | | | | | |
| Temps complet | 149 | 92,5 | 60 | 92,3 | 63 | 90,0 | 26 | 100,0 |
| Temps partiel | 12 | 7,5 | 5 | 7,7 | 7 | 10,0 | 0 | 0 |
| Statut marital | | | | | | | | |
| Célibataire | 13 | 8,1 | 9 | 13,8 | 4 | 5,7 | 0 | 0 |
| En couple / marié / PACSé | 134 | 83,2 | 51 | 78,5 | 59 | 84,3 | 24 | 92,3 |
| Divorcé / séparé | 13 | 8,1 | 5 | 7,7 | 6 | 8,6 | 2 | 7,7 |
| Données manquantes | 1 | 0,6 | 0 | 0 | 1 | 1,4 | 0 | 0 |
| Nombre d'enfants | | | | | | | | |
| 0 | 28 | 17,4 | 9 | 13,8 | 15 | 21,4 | 4 | 15,4 |
| 1 ou 2 | 74 | 46,0 | 33 | 50,8 | 26 | 37,1 | 15 | 57,7 |
| 3 ou plus | 59 | 36,6 | 23 | 35,4 | 29 | 41,4 | 7 | 26,9 |

Tableau 22 : Données démographiques des seniors

La répartition dans les différentes tranches d'âge était globalement assez homogène, surtout en chirurgie viscérale. Les sexagénaires étaient moins représentés en orthopédie, neurochirurgie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique.

Seule la chirurgie orthopédique compte une très légère majorité d'hommes. Le sexe féminin prédomine dans les autres spécialités.

La plupart des chirurgiens seniors exerçait depuis 5 à 20 ans (44,1%). Les chirurgiens viscéraux ayant une plus longue expérience étaient plus largement représentés en comparaison aux autres spécialités. L'activité était classiquement réalisée en centre Hospitalier Universitaire (75,2%), et à temps complet (92,5%).

Les chirurgiens seniors déclaraient être en couple pour la majorité ; il existait autant de personnes divorcées ou célibataires. Quatre-vingt pour cent des praticiens étaient parents.

2. MBI

a. Sous-échelles

| | Tous seniors (N = 161) | | Chirurgiens orthopédistes (N = 65) | | Chirurgiens viscéraux (N = 70) | | Autres spécialités (N = 26) | |
|---|---------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Épuisement émotionnel | | | | | | | | |
| Faible | 73 | 45,3 | 30 | 46,2 | 31 | 44,3 | 12 | 46,2 |
| Modéré | 45 | 28,0 | 17 | 26,2 | 20 | 28,6 | 8 | 30,8 |
| Sévère | 43 | 26,7 | 18 | 27,7 | 19 | 27,1 | 6 | 23,1 |
| Dépersonnalisation | | | | | | | | |
| Faible | 93 | 57,8 | 37 | 56,9 | 40 | 57,1 | 16 | 61,5 |
| Modérée | 42 | 26,1 | 17 | 26,2 | 18 | 25,7 | 7 | 26,9 |
| Sévère | 26 | 16,1 | 11 | 16,9 | 12 | 17,1 | 3 | 11,5 |
| Diminution de l'accomplissement personnel | | | | | | | | |
| Faible | 118 | 73,3 | 49 | 75,4 | 50 | 71,4 | 19 | 73,1 |
| Modérée | 22 | 13,6 | 9 | 13,8 | 11 | 15,7 | 2 | 7,7 |
| Sévère | 21 | 13,1 | 7 | 10,8 | 9 | 12,9 | 5 | 19,2 |

Tableau 23 : Sous-échelles du MBI des seniors

L'épuisement émotionnel était sévèrement atteint chez plus d'un quart de la population des chirurgiens seniors, et ce légèrement plus sévèrement chez les orthopédistes.

La sous-échelle analysant la dépersonnalisation retrouvait des taux similaires selon les sous-groupes, avec cette fois-ci un score légèrement plus haut chez les chirurgiens viscéraux.

L'accomplissement personnel était plus sévèrement atteint dans le groupe des chirurgiens plasticiens, maxillo-faciaux et neurochirurgiens (19,2% contre 11,8% - moyenne réalisée sur les valeurs de 10,8 et 12,9%, des orthopédistes et des chirurgiens viscéraux respectivement).

b. Score global du MBI

| | Tous seniors (N = 161) | | Chirurgiens orthopédistes (N = 65) | | Chirurgiens viscéraux (N = 70) | | Autres spécialités (N = 26) | |
|--------|---------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|--------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Nul | 96 | 59,6 | 40 | 61,5 | 42 | 60,0 | 14 | 53,8 |
| Faible | 44 | 27,4 | 16 | 24,6 | 18 | 25,7 | 10 | 38,5 |
| Modéré | 17 | 10,5 | 7 | 10,8 | 8 | 11,4 | 2 | 7,7 |
| Élevé | 4 | 2,5 | 2 | 3,1 | 2 | 2,9 | 0 | 0 |

Tableau 24 : Scores MBI des seniors

Plus de la moitié des chirurgiens de la cohorte ne présentaient pas de symptômes de burnout, soit un total de 96 personnes :

Quarante-quatre praticiens soit 27,4% présentaient un risque faible de développer un syndrome de burnout, répartis en proportions égales selon les sous-groupes, avec un effectif plus important chez les chirurgiens autres qu'orthopédistes et viscéraux.

Environ dix pour-cent, soit 17 personnes, se retrouvaient dans le risque modéré.

Enfin, 4 chirurgiens seniors soit 2,5% se trouvaient dans le groupe à risque élevé de présenter un syndrome de burnout.

Au total, soixante-cinq personnes, soit 40,4% présentaient des symptômes d'épuisement professionnel, tous stades confondus. Vingt-et-une d'entre elles (soit 13%) montraient des symptômes évalués comme modérés à sévères.

Les résultats sont présentés dans le diagramme suivant pour une lecture facilitée.

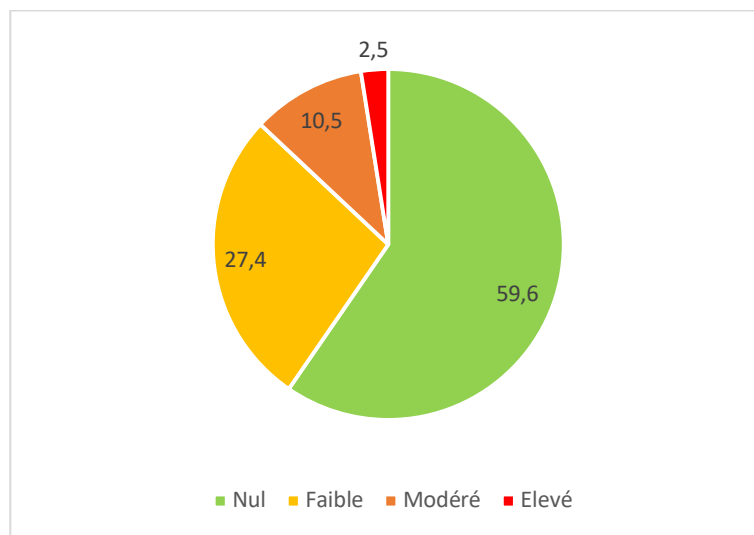


Figure 11 : Risque de syndrome de burnout des seniors

3. Données de travail

| | Tous seniors (N = 161) | | Chirurgiens orthopédistes (N = 65) | | Chirurgiens viscéraux (N = 70) | | Autres spécialités (N = 26) | |
|--|---------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Heures travaillées hebdomadaires | | | | | | | | |
| Moins de 35h | 3 | 1,9 | 2 | 3,1 | 1 | 1,4 | 0 | 0 |
| 35 à 48h | 36 | 22,4 | 17 | 26,2 | 17 | 24,3 | 2 | 7,7 |
| 48 à 60h | 71 | 44,1 | 29 | 44,6 | 29 | 41,4 | 13 | 50,0 |
| Plus de 60h | 51 | 31,7 | 17 | 26,2 | 23 | 32,9 | 11 | 42,3 |
| Nombre de gardes ou astreintes mensuelles | N = 137 | | N = 51 | | N = 64 | | N = 22 | |
| Moins de 6 | 47 | 34,3 | 19 | 37,2 | 23 | 35,9 | 5 | 22,7 |
| 6 et plus | 90 | 65,7 | 32 | 62,8 | 41 | 64,1 | 17 | 77,3 |
| Nombre de semaines de congés annuelles | | | | | | | | |
| Moins de 6 | 73 | 45,3 | 26 | 40,0 | 29 | 41,4 | 18 | 69,2 |
| 6 et plus | 88 | 54,7 | 39 | 60,0 | 41 | 58,6 | 8 | 30,8 |
| Nombre d'interventions annuelles | | | | | | | | |
| Moins de 325 | 91 | 56,5 | 41 | 63,1 | 35 | 50,0 | 15 | 57,7 |
| 325 et plus | 66 | 41,0 | 23 | 35,4 | 33 | 47,1 | 10 | 38,5 |
| Données manquantes | 4 | 2,5 | 1 | 1,5 | 2 | 2,9 | 1 | 3,8 |
| Erreur médicale dans les 3 derniers mois | | | | | | | | |
| Oui | 25 | 15,5 | 8 | 12,3 | 14 | 20,0 | 3 | 11,5 |
| Non | 136 | 84,5 | 57 | 87,7 | 56 | 80,0 | 23 | 88,5 |
| Satisfaction salaire | | | | | | | | |
| Très insatisfait | 24 | 14,9 | 13 | 20,0 | 8 | 11,4 | 3 | 11,5 |
| Insatisfait | 64 | 39,8 | 23 | 35,4 | 27 | 38,6 | 14 | 53,8 |
| Satisfait | 62 | 38,5 | 24 | 36,9 | 29 | 41,4 | 9 | 34,6 |
| Très satisfait | 11 | 6,8 | 5 | 7,7 | 6 | 8,6 | 0 | 0 |

Tableau 25 : Données de travail des seniors

Trois quarts des seniors interrogés travaillaient plus de 48 heures hebdomadaires. Cent-trente-sept praticiens sur les 161 effectuaient des gardes ou astreintes, avec une moyenne de 6,2 par mois. Le nombre de semaines de congés annuels moyen était de 6.

Trois cent vingt-cinq interventions étaient pratiquées en moyenne par an, allant de 0 (car sept praticiens ont une activité uniquement de consultation) à 900 par an.

Vingt-cinq praticiens déclaraient penser avoir été à l'origine d'une erreur médicale au cours des trois derniers mois. Les chirurgiens viscéraux présentaient le taux le plus élevé, à 20% de leur effectif.

Un peu plus de la moitié de la cohorte était insatisfaite ou très satisfaite de son salaire.

4. Vie familiale

| | Tous seniors (N = 161) | | Chirurgiens orthopédistes (N = 65) | | Chirurgiens viscéraux (N = 70) | | Autres spécialités (N = 26) | |
|--|---------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Interférences vies professionnelle / privée | | | | | | | | |
| Jamais | 3 | 1,9 | 1 | 1,5 | 2 | 2,9 | 0 | 0 |
| Quelquefois | 43 | 26,7 | 23 | 35,4 | 12 | 17,1 | 8 | 30,8 |
| Souvent | 115 | 71,4 | 41 | 63,1 | 56 | 80,0 | 18 | 69,2 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | | | | | | | | |
| Oui | 71 | 44,1 | 32 | 49,2 | 27 | 38,6 | 12 | 46,2 |
| Non | 90 | 55,9 | 33 | 50,8 | 43 | 61,4 | 14 | 53,8 |
| Conseil à un proche de carrière en médecine | | | | | | | | |
| Oui | 96 | 59,6 | 33 | 50,8 | 28 | 40,0 | 11 | 42,3 |
| Non | 65 | 40,4 | 32 | 49,2 | 42 | 60,0 | 15 | 57,7 |

Tableau 26 : Données familiales des seniors

La plupart des chirurgiens seniors déclarait que les obligations professionnelles perturbaient souvent leur vie privée, dans 71,4% des cas.

Les chirurgiens viscéraux ne recommanderaient ni une carrière en médecine (60%), ni une carrière en chirurgie infantile (61,4%), tandis que les chirurgiens orthopédistes conseilleraient une carrière en médecine (50,8%) mais moins en chirurgie pédiatrique (49,2%).

Ces résultats sont repris sous forme de diagrammes :

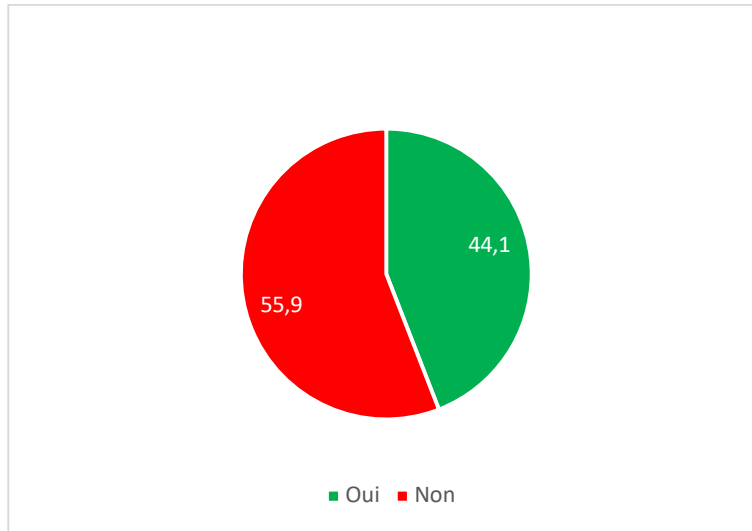


Figure 12 : Conseil de carrière en chirurgie pédiatrique, seniors

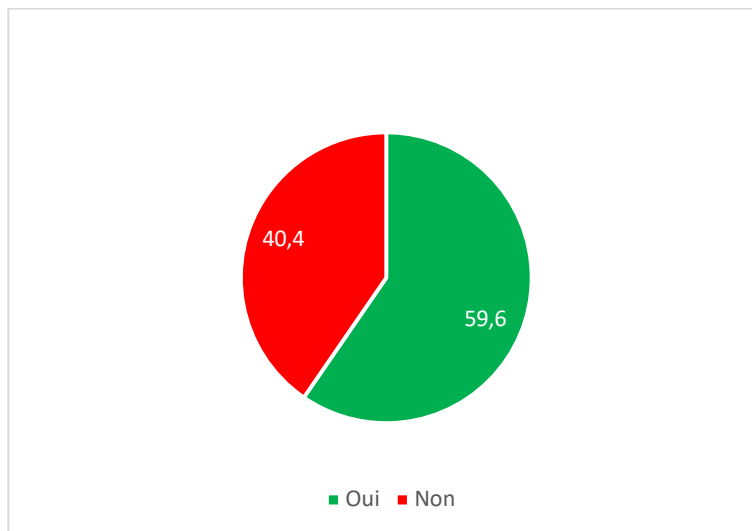


Figure 13 : Conseil de carrière en médecine, seniors

5. État de santé global

| | Tous seniors (N = 161) | | Chirurgiens orthopédistes (N = 65) | | Chirurgiens viscéraux (N = 70) | | Autres spécialités (N = 26) | |
|--|---------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| État de santé | | | | | | | | |
| Mauvais | 2 | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7,7 |
| Moyen | 37 | 23,0 | 14 | 21,5 | 19 | 27,1 | 4 | 15,4 |
| Bon | 97 | 60,3 | 40 | 61,6 | 43 | 61,5 | 14 | 53,8 |
| Excellent | 25 | 15,5 | 11 | 16,9 | 8 | 11,4 | 6 | 23,1 |
| Sports ou loisirs | | | | | | | | |
| Jamais ou rarement | 47 | 29,2 | 22 | 33,8 | 19 | 27,1 | 6 | 23,1 |
| Une fois par semaine | 57 | 35,4 | 20 | 30,8 | 28 | 40,0 | 9 | 34,6 |
| 2 ou 3 fois par semaine | 38 | 23,6 | 16 | 24,6 | 14 | 20,0 | 8 | 30,8 |
| Plus de 3 fois | 19 | 11,8 | 7 | 10,8 | 9 | 12,9 | 3 | 11,5 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | | | | | | | | |
| Oui | 21 | 13,0 | 6 | 9,2 | 9 | 12,9 | 6 | 23,1 |
| Non | 140 | 87,0 | 59 | 90,8 | 61 | 87,1 | 20 | 76,9 |
| Harcèlement | | | | | | | | |
| Oui | 61 | 37,9 | 20 | 30,8 | 34 | 48,6 | 15 | 57,7 |
| Non | 92 | 57,1 | 45 | 69,2 | 36 | 51,4 | 11 | 42,3 |
| Aidant trouvé au travail | | | | | | | | |
| | N = 61 | | N = 20 | | N = 34 | | N = 15 | |
| Oui | 17 | 27,9 | 3 | 15 | 7 | 20,6 | 7 | 46,7 |
| Non | 44 | 72,1 | 17 | 85 | 27 | 79,4 | 8 | 53,3 |

Tableau 27 : État de santé des seniors

Seuls deux chirurgiens se jugeaient en mauvaise santé. Quinze pour cent se trouvaient au contraire en excellente santé, et au total les trois quarts des répondants se jugeait en très bon ou excellent état de santé.

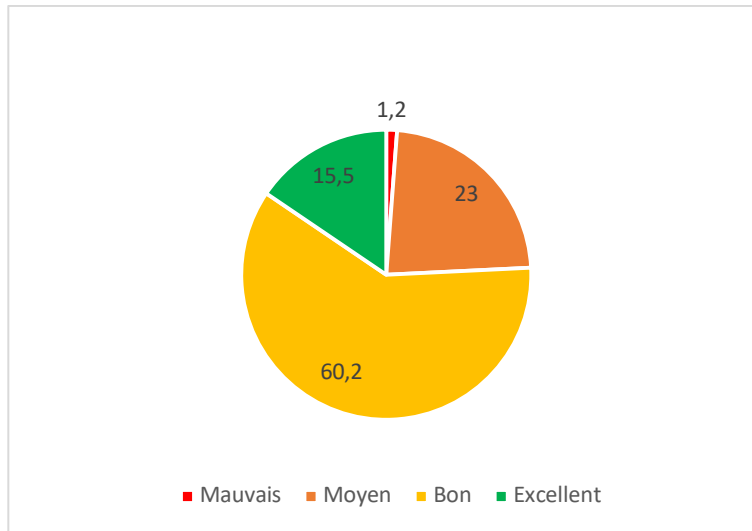


Figure 14 : État de santé des seniors

Sept chirurgiens sur dix pratiquent une activité sportive ou un loisir au moins une fois par semaine, et un sur dix déclare en effectuer trois fois ou plus par semaine.

Vingt-et-un praticiens, soit 13%, avait présenté des idées suicidaires au cours de l'année précédente. Cela concernait cinq neurochirurgiens pédiatres sur les quatorze interrogés.

Les taux de situations vécues comme du harcèlement étaient élevés, avec :

- 9 neurochirurgiens sur 14, soit 64%
- 6 plasticiens sur 10, soit 60%
- 34 viscéraux sur 70, soit 49%
- 20 orthopédistes sur 65, soit 31%

6. Troubles du sommeil

| | Tous seniors (N = 161) | | Chirurgiens orthopédistes (N = 65) | | Chirurgiens viscéraux (N = 70) | | Autres spécialités (N = 26) | |
|----------------------------------|---------------------------|------|--|------|--------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Difficultés d'endormissement | | | | | | | | |
| Oui | 32 | 19,9 | 13 | 20,0 | 14 | 20,0 | 5 | 19,2 |
| Non | 129 | 80,1 | 52 | 80,0 | 56 | 80,0 | 21 | 80,8 |
| Réveils nocturnes fréquents | | | | | | | | |
| Oui | 69 | 42,9 | 28 | 43,1 | 28 | 40,0 | 13 | 50,0 |
| Non | 92 | 57,1 | 37 | 56,9 | 42 | 60,0 | 13 | 50,0 |
| Manque de sommeil | | | | | | | | |
| Oui | 81 | 50,3 | 32 | 49,2 | 32 | 45,7 | 17 | 65,4 |
| Non | 80 | 49,7 | 33 | 50,8 | 38 | 54,3 | 9 | 34,6 |
| Sommeil non réparateur | | | | | | | | |
| Oui | 48 | 29,8 | 20 | 30,8 | 22 | 31,4 | 6 | 23,1 |
| Non | 113 | 70,2 | 45 | 69,2 | 48 | 68,6 | 20 | 76,9 |
| Réveil trop précoce | | | | | | | | |
| Oui | 52 | 32,3 | 16 | 24,6 | 26 | 37,1 | 10 | 38,5 |
| Non | 109 | 67,7 | 49 | 75,4 | 44 | 62,9 | 16 | 61,5 |
| Nombre de troubles du sommeil | | | | | | | | |
| 0 | 26 | 16,1 | 11 | 16,9 | 11 | 15,7 | 4 | 15,4 |
| 1-2 | 92 | 57,1 | 37 | 56,9 | 41 | 58,6 | 14 | 53,8 |
| 3-4-5 | 43 | 26,7 | 17 | 26,2 | 18 | 25,7 | 8 | 30,8 |
| Somnifères | | | | | | | | |
| Oui | 14 | 8,7 | 5 | 7,7 | 6 | 8,6 | 3 | 11,5 |
| Non | 147 | 91,3 | 60 | 92,3 | 64 | 91,4 | 23 | 88,5 |

Tableau 28 : Troubles du sommeil des seniors

La moitié des répondants déclarait ressentir un manque de sommeil. Près de la moitié présentait également des réveils nocturnes multiples. Quasiment un tiers trouvait son sommeil non réparateur, ou se réveillait trop précocement. Un praticien sur cinq présentait des troubles d'endormissement.

Au total, deux tiers des chirurgiens présentaient au moins un trouble du sommeil, et un tiers présentait plus de 3 symptômes de perturbation du sommeil. Près d'un chirurgien sur dix a recours à des thérapeutiques pour favoriser le sommeil.

7. Consommation de toxiques

| | Tous seniors (N = 161) | | Chirurgiens orthopédistes (N = 65) | | Chirurgiens viscéraux (N = 70) | | Autres spécialités (N = 26) | |
|----------------------------|---------------------------|------|--|-------|--------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Tabac régulier | | | | | | | | |
| Oui | 20 | 12,4 | 11 | 16,9 | 9 | 12,9 | 0 | 0 |
| Non | 141 | 87,6 | 54 | 83,1 | 61 | 87,1 | 26 | 100 |
| Alcool régulier | | | | | | | | |
| Oui | 37 | 23 | 15 | 23,1 | 16 | 22,9 | 6 | 23,1 |
| Non | 124 | 77 | 50 | 76,9 | 54 | 77,1 | 20 | 76,9 |
| Cannabis régulier | | | | | | | | |
| Oui | 3 | 1,9 | 1 | 1,5 | 2 | 2,9 | 0 | 0 |
| Non | 158 | 98,1 | 64 | 98,5 | 68 | 97,1 | 26 | 100 |
| Cocaïne régulière | | | | | | | | |
| Oui | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Non | 161 | 100 | 65 | 100 | 70 | 100 | 26 | 100 |
| Substances psychotropes | | | | | | | | |
| Oui | 6 | 3,7 | 0 | 0 | 5 | 7,1 | 1 | 3,8 |
| Non | 155 | 96,3 | 65 | 100,0 | 65 | 92,9 | 25 | 96,2 |

Tableau 29 : Consommation de toxiques des seniors

La plus grande proportion de fumeurs et de consommateurs réguliers d'alcool se trouvait parmi les orthopédistes, avec respectivement 16,9 et 23,1%. Les fumeurs réguliers de cannabis étaient rares, 3 au total soit moins de 2%. Les substances qualifiées de psychotropes, à savoir antidépresseurs et anxiolytiques, étaient utilisées majoritairement chez les chirurgiens viscéraux ; jusqu'à 7,1% de leur population.

8. Résultats à retenir

Dans la population de chirurgiens pédiatres seniors en France

76% travaillaient plus de 48h par semaine

71% ont des interférences majeures entre leurs vies professionnelle / privée

13% présentaient un score MBI modéré ou sévère

Pour les chirurgiens orthopédistes

28% présentaient un épuisement émotionnel sévère

Pour les chirurgiens viscéraux

49% rapportent une situation vécue comme du harcèlement professionnel

7% utilisent des antidépresseurs ou anxiolytiques

Pour les neurochirurgiens, maxillo-faciaux, plasticiens

23% déclarent des idées suicidaires dans l'année précédente

c) Facteurs associés

1. Analyse univariée

Comme pour les internes, l'analyse univariée concernant les chirurgiens seniors ne sera pas détaillée ; seuls les tableaux non commentés sont exposés.

a. MBI modéré à sévère

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|----------------|---------|
| Cannabis | 14,6 | 1,27 – 16,9 | 0,05 |
| Harcèlement | 3,98 | 1,46 – 10,9 | 0,005 |
| Troubles du sommeil | 1,393 | 1,01 – 1,91 | 0,04 |
| Manque de sommeil | 3,69 | 1,28 – 10,6 | 0,021 |
| Sommeil non réparateur | 3,85 | 1,5 – 9,90 | 0,003 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,108 | 0,0243 – 0,484 | < 0,001 |
| État de santé subjectif | 0,188 | 0,0816 – 0,432 | < 0,001 |
| Conseil à un proche de carrière en médecine | 0,222 | 0,081 – 0,609 | 0,002 |
| Nombre d'interventions annuelles | 0,880 | 0,767 – 0,900 | 0,03 |

Tableau 30 : MBI modéré à sévère des seniors, analyse univariée

b. Épuisement émotionnel sévère

| | OR | IC95% | p |
|--|-------|---------------|---------|
| Interférences vies professionnelle / privée | 7,27 | 2,15 – 24,03 | 0,001 |
| Harcèlement | 6,37 | 2,90 – 14,0 | < 0,001 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | 4,69 | 1,81 – 12,1 | < 0,001 |
| Troubles du sommeil | 2,06 | 1,53 – 2,76 | < 0,001 |
| Manque de sommeil | 5,71 | 2,51 – 13,0 | < 0,001 |
| Sommeil on réparateur | 4,95 | 2,34 – 10,5 | < 0,001 |
| Réveils nocturnes | 2,67 | 1,30 – 5,46 | 0,006 |
| Réveil trop précoce | 2,34 | 1,13 – 4,82 | 0,02 |
| État de santé subjectif | 0,099 | 0,045 – 0,216 | < 0,001 |
| Conseil de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,104 | 0,038 – 0,282 | 0,001 |
| Conseil de carrière en médecine | 0,183 | 0,085 – 0,391 | < 0,001 |
| Age | 0,662 | 0,465 – 0,941 | 0,010 |
| Durée d'exercice | 0,779 | 0,480 – 0,983 | 0,039 |

Tableau 31 : Épuisement émotionnel sévère des seniors, analyse univariée

c. Dépersonnalisation sévère

| | OR | IC95% | p |
|--|-------|---------------|-------|
| Consommation de cannabis | 11,2 | 1,74 – 128 | 0,016 |
| Durée d'exercice | 0,517 | 0,287 – 0,933 | 0,03 |
| Conseil de carrière en médecine | 0,356 | 0,150 – 0,845 | 0,016 |
| État de santé subjectif | 0,351 | 0,176 – 0,698 | 0,005 |
| Conseil de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,323 | 0,122 – 0,885 | 0,018 |

Tableau 32 : Dépersonnalisation sévère des seniors, analyse univariée

d. Diminution sévère de l'accomplissement personnel

| | OR | IC95% | p |
|--|-------|----------------|-------|
| Consommation de médicaments pour dormir | 4,55 | 1,36 – 15,3 | 0,008 |
| Conseil à un proche de carrière en médecine | 0,364 | 0,141 – 0,936 | 0,031 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,178 | 0,0497 – 0,626 | 0,003 |

Tableau 33 : Diminution sévère de l'accomplissement personnel des seniors, analyse univariée

2. Analyse multivariée

a. MBI modéré à sévère

| | OR | IC95% | p |
|--|--------|------------------|---------|
| Consommation de cannabis | 16,118 | 1,3870 – 187,299 | 0,026 |
| Harcèlement | 3,8867 | 1,2852 – 11,634 | 0,016 |
| Troubles du sommeil | 1,393 | 1,0150 – 1,1911 | 0,04 |
| Manque de sommeil | 3,2375 | 1,1055 – 9,481 | 0,032 |
| Sommeil non réparateur | 3,2908 | 1,1886 – 9,111 | 0,022 |
| État de santé subjectif | 0,164 | 0,067 – 0,40 | < 0,001 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,1393 | 0,0281 – 0,691 | 0,016 |

Tableau 34 : MBI modéré à sévère des seniors, analyse multivariée

La consommation régulière de cannabis ressortait comme fortement associée à un score MBI modéré ou sévère (OR 16,118 ; IC5% 1,3870 – 187,299 ; p 0,026). Cependant, étant donné le faible effectif de consommateurs de cette substance (n=3), il convient d'interpréter ce résultats avec prudence.

Le harcèlement était significativement associé aux scores MBI modéré ou sévère (OR 3,8867 ; IC 1,2852 – 11,634 ; p 0,016).

Enfin, un état de santé auto-jugé comme bon ou excellent était associé à un score MBI moins élevé (OR 0,164 ; IC 0,067 – 0,40 ; p < 0,001), tout comme le fait de souhaiter à l'un de ses proches une carrière en chirurgie pédiatrique (OR 0,1393 ; IC 0,0281 – 0,691 ; p 0,016).

b. Épuisement émotionnel sévère

| | OR | IC95% | p |
|-------------------------|--------|-----------------|---------|
| Harcèlement | 5,899 | 2,0855 – 16,684 | < 0,001 |
| Troubles du sommeil | 2,034 | 0,0430 – 0,385 | < 0,001 |
| Manque de sommeil | 4,7203 | 1,9829 – 11,236 | < 0,001 |
| Sommeil non réparateur | 3,0855 | 1,3118 – 7,257 | 0,010 |
| État de santé subjectif | 0,129 | 0,0430 – 0,385 | < 0,001 |
| Age | 0,373 | 0,1458 – 0,956 | 0,040 |

Tableau 35 : Épuisement émotionnel sévère des seniors, analyse multivariée

Le harcèlement ressort comme principal facteur associé à un épuisement émotionnel pathologique (OR 5,899 ; IC 16,684 ; $p < 0,001$), tout comme les troubles du sommeil (OR 2,034 ; IC95% 0,0430 – 0,385 ; $p < 0,001$).

Au contraire, un bon état de santé (OR 0,129 ; IC95% 0,0430 – 0,385 ; $p < 0,001$) et l'âge plus élevé semblent être plutôt protecteurs (OR 0,373 ; IC 0,1458 – 0,956 ; $p 0,040$).

c. Dépersonnalisation sévère

| | OR | IC95% | p |
|------------------------------------|--------|-----------------|-------|
| Consommation régulière de cannabis | 18,065 | 1,423 – 229,328 | 0,026 |
| État de santé subjectif | 0,351 | 0,176 – 0,698 | 0,003 |
| Durée d'exercice | 0,517 | 0,287 – 0,933 | 0,028 |

Tableau 36 : Dépersonnalisation sévère des seniors, analyse multivariée

Nous retiendrons un bon état de santé (OR 0,351 ; IC 0,176 – 0,698 ; $p 0,003$) ainsi qu'une faible durée d'exercice au sein de la spécialité comme protecteurs contre la dépersonnalisation sévère (OR 0,517 ; IC 0,287 – 0,933 ; $p 0,028$).

d. Diminution sévère de l'accomplissement personnel

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|----------------|-------|
| Conseil à un proche de carrière en médecine | 0,242 | 0,0591 – 0,988 | 0,048 |

Tableau 37 : Diminution sévère de l'accomplissement personnel des seniors, analyse multivariée

Il existe un lien entre un score sévère à cette sous-échelle et le fait de ne pas conseiller à un proche d'embrasser la même carrière que soi (OR 0,242 ; IC 0,0591 – 0,988 ; p 0,048).

3. Résultats à retenir

Dans la population de chirurgiens pédiatres seniors en France

**En analyse multivariée,
il existe des associations significatives entre :**

**Être victime de harcèlement professionnel
et un score MBI modéré ou sévère
(OR 3,8867 ; IC 1,2852 – 11,634 ; p 0,016).**

**Être victime de harcèlement professionnel
et un épuisement émotionnel pathologiquement sévère
(OR 5,899 ; IC 16,684 ; p < 0,001).**

**Un bon état de santé et une dépersonnalisation faible ou modérée
(OR 0,351 ; IC 0,176 – 0,698 ; p 0,003)**

C. Population d'internes et seniors

Par souci d'augmentation de puissance, il a été décidé de regrouper les deux populations précédemment étudiées.

a) Données descriptives

L'effectif total est de $161 + 92 = 253$ individus. Parmi eux, 44 se trouvaient en situation de risque modéré à élevé de syndrome de burnout, soit 17,4%.

| | Internes de chirurgie pédiatrique (N = 95) (%) | | Chirurgiens pédiatres seniors (N = 161) (%) | |
|----------------------------------|--|----|---|----|
| Épuisement émotionnel sévère | 35,9 | 33 | 26,7 | 43 |
| Dépersonnalisation sévère | 34,8 | 32 | 16,1 | 26 |
| Accomplissement personnel sévère | 18,5 | 17 | 13,0 | 21 |
| MBI pathologique | 58,7 | 54 | 40,4 | 65 |
| MBI modéré à sévère | 25,0 | 23 | 13,0 | 21 |

Tableau 38 : MBI global et sous-échelles pathologiques, internes et seniors

b) Facteurs associés

1. Analyse univariée

L'analyse univariée concernant la population des internes et seniors regroupés ne sera pas détaillée ; les résultats sont cependant exposés dans les tableaux à suivre.

a. MBI modéré à sévère

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|----------------|--------|
| Groupe (internes / seniors) | 2,22 | 1,15 – 4,29 | 0,016 |
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 3,42 | 1,74 – 6,75 | <0,001 |
| Interférences vies professionnelle / privée | 3,02 | 1,32 – 6,93 | 0,009 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | 2,60 | 1,22 – 5,55 | 0,011 |
| Harcèlement | 1,94 | 1,001 – 3,73 | 0,046 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,148 | 0,0561 – 0,390 | <0,001 |
| Conseil à un proche de carrière en médecine | 0,305 | 0,151 – 0,616 | <0,001 |
| État de santé subjectif | 0,322 | 0,185 – 0,559 | <0,001 |
| Enfants | 0,481 | 0,249 – 0,929 | 0,027 |
| Satisfaction salariale | 0,529 | 0,341 – 0,821 | 0,005 |

Tableau 39 : MBI modéré à sévère, internes et seniors, analyse univariée

b. Épuisement émotionnel sévère

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|----------------|--------|
| Interférences entre vies professionnelle et privée | 4,564 | 2,23 – 9,308 | <0,001 |
| Idées suicidaires la dernière année | 4,08 | 2,05 – 8,10 | <0,001 |
| Harcèlement | 2,90 | 1,67 – 5,05 | <0,001 |
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 2,65 | 1,47 – 4,77 | <0,001 |
| Nombre d'heures de travail | 1,551 | 1,03 – 2,317 | 0,032 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,121 | 0,057 – 0,258 | <0,001 |
| État de santé subjectif | 0,161 | 0,0917 – 0,282 | <0,001 |
| Conseil à un proche de carrière en médecine | 0,258 | 0,145 – 0,459 | <0,001 |
| Satisfaction salariale | 0,511 | 0,335 – 0,735 | <0,001 |
| Nombre de jours de congés | 0,82 | 0,69 – 0,996 | 0,045 |

Tableau 40 : Épuisement émotionnel sévère, internes et seniors, analyse univariée

c. Dépersonnalisation sévère

| | OR | IC95% | p |
|---|-------|---------------|--------|
| Groupe (internes / seniors) | 2,77 | 1,52 – 5,05 | <0,001 |
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 2,65 | 1,42 – 4,96 | 0,002 |
| Tabac | 2,28 | 1,04 – 5,01 | 0,036 |
| Conseil de carrière en médecine | 0,374 | 0,203 – 0,609 | 0,001 |
| Enfants | 0,376 | 0,206 – 0,687 | <0,001 |
| Conseil de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,433 | 0,262 – 0,831 | 0,011 |
| Troubles du sommeil | 0,818 | 0,681 – 0,969 | 0,021 |

Tableau 41 : Dépersonnalisation sévère, internes et seniors, analyse univariée

d. Diminution sévère de l'accomplissement personnel

| | OR | IC95% | p |
|----------------------------------|-------|----------------|--------|
| Substances psychotropes | 3,92 | 1,87 – 12,7 | 0,015 |
| Conseil chirurgie pédiatrique | 0,232 | 0,0933 – 0,579 | <0,001 |
| Conseil médecine | 0,462 | 0,227 – 0,941 | 0,031 |
| État de santé subjectif | 0,512 | 0,296 – 0,886 | 0,017 |

Tableau 42 : Diminution sévère de l'accomplissement personnel, internes et seniors, univariée

2. Analyse multivariée

a. MBI modéré à sévère

| | OR | IC95% | p |
|--|--------|----------------|--------|
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 3,4336 | 1,7164 – 6,869 | <0,001 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | 2,3075 | 1,0480 – 5,081 | 0,038 |
| <i>Harcèlement</i> | 1,7959 | 0,9036 – 3,570 | 0,095 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,189 | 0,0639 – 0,562 | 0,003 |
| État de santé subjectif | 0,395 | 0,2228 – 0,700 | 0,001 |
| Enfants | 0,495 | 0,2491 – 0,983 | 0,044 |
| Satisfaction salariale | 0,555 | 0,3483 – 0,883 | 0,013 |

Tableau 43 : MBI modéré à sévère, internes et seniors, analyse multivariée

A nouveau, le duo « erreur médicale » (OR 3,4336 ; IC95% 1,7164 – 6,869 ; p < 0,001) et « idées suicidaires » (OR 2,3075 ; IC95% 1,0480 – 5,081 ; p 0,038) arrivait en tête des facteurs associés. Le harcèlement présentait une tendance statistiquement non significative (OR 0,095 ; IC95% 0,9036 – 3,570). Pour la première fois en analyse multivariée, le fait d'avoir des enfants semblait protecteur (OR 0,395 ; IC95% 0,0639 – 0,562 ; p 0,003).

b. Épuisement émotionnel sévère

| | OR | IC95% | p |
|--|-------|----------------|--------|
| Interférences vies professionnelle et privée | 4,317 | 2,0075 – 9,283 | <0,001 |
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 2,868 | 1,5592 – 5,27 | <0,001 |
| Idées suicidaires au cours de la dernière année | 2,601 | 1,2020 – 5,629 | 0,015 |
| <i>Harcèlement</i> | 2,237 | 1,1956 – 4,186 | 0,012 |
| Nombre d'heures de travail | 1,661 | 1,0854 – 2,54 | 0,019 |
| Conseil à un proche de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,172 | 0,0703 – 0,423 | <0,001 |
| État de santé subjectif | 0,179 | 0,0991 – 0,323 | <0,001 |
| Satisfaction salariale | 0,596 | 0,3920 – 0,906 | 0,015 |

Tableau 44 : Épuisement émotionnel sévère, internes et seniors, analyse multivariée

L'épuisement émotionnel atteint sévèrement était fortement associé avec la présence d'interférences entre vies professionnelle et privée (OR 4,317 ; IC95% 2,0075 – 9,283 ; p < 0,001), et une erreur médicale récente (OR 2,868 ; IC95% 1,5592 – 5,27 ; p < 0,001), tout comme la présence d'idées suicidaires au cours de la dernière année écoulée (OR 2,601 ; IC95% 1,2020 – 5,629 ; p 0,015) ou une situation de harcèlement (OR 2,237 ; IC95% 1,1956 – 4,186 ; p 0,012).

c. Dépersonnalisation sévère

| | OR | IC95% | p |
|--|-------|---------------|-------|
| Erreur médicale au cours des trois derniers mois | 2,015 | 1,037 – 3,917 | 0,039 |

Tableau 45 : Dépersonnalisation sévère, internes et seniors, analyse multivariée

Seule la présence d'une erreur médicale auto-rapportée était significativement associée à un score sévère de dépersonnalisation (OR 2,015 ; IC95% 1,037 – 3,917 ; p 0,039).

d. Diminution sévère de l'accomplissement personnel

| | OR | IC95% | p |
|--|-------|----------------|-------|
| Conseil de carrière en chirurgie pédiatrique | 0,248 | 0,0880 – 0,697 | 0,008 |
| État de santé subjectif | 0,561 | 0,320 – 0,983 | 0,043 |

Tableau 46 : Diminution sévère de l'accomplissement personnel, internes et seniors, multivarié

Il existe un lien entre un état de santé jugé bon et un accomplissement personnel non pathologique (OR 0,561 ; IC95% 0,320 – 0,983 ; p 0,043). De même, le fait de ne conseiller sa propre carrière semble protecteur à un trouble de l'accomplissement personnel (OR 0,248 ; IC95% 0,0880 – 0,697 ; p 0,008).

c) Résultats à retenir

Le regroupement des deux populations d'internes et seniors de chirurgie pédiatrique nous apprend que :

**Avoir des enfants serait un facteur protecteur
d'un score MBI modéré ou élevé
(OR 0,495 ; IC95% 0,2491 – 0,983 ; p 0,044)**

IV. DISCUSSION

A. Population des internes

a) Taux de participation

Le taux de participation de 78,6% était plutôt bon en comparaison aux autres études.

Les extrêmes faibles sont de l'ordre de 21,3% chez les internes de neurochirurgie aux Etats-Unis (95), ou de 26% chez les internes de pédiatrie en France durant la pandémie due au COVID-19 (67).

Au contraire, les internes de pédiatrie au Japon atteignent 94,5% (73), les internes d'orthopédie chinois atteignent 98,5% (68), et les neurochirurgiens français, 100% (74).

Les intermédiaires existent, avec par exemple 34% de réponse chez les internes de chirurgie vasculaire américains (96), et 65,6% chez les internes de chirurgie viscérale adulte français (45).

b) MBI

La comparaison du score MBI et de ses sous-échelles est exposée dans les tableaux suivants.

| | Spécialité | Pays | Taux de participation (%) | Nombre de participants | EE élevé (%) | DP élevée (%) | DAP sévère (%) | Burnout (%) | Burnout modéré à sévère (%) |
|------------------------------|------------------------------|---------------|---------------------------|------------------------|--------------|---------------|----------------|-------------|-----------------------------|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 78,6 | 95 | 35,9 | 34,8 | 18,5 | 58,5 | 24,9 |
| 2022 Esposito (97) | Chirurgie générale | États-Unis | 44 | 250 | 32 | 25 | - | - | 19 |
| 2021 Baker (98) | Chirurgie | États Unis | 45 | 398 | - | - | - | - | 49,4 |
| 2020 Baumgarten (74) | Neurochirurgie | France | 100 | 141 | - | - | - | 52,5 | - |
| 2020 Yu (68) | Orthopédie Neurochirurgie | Chine | 94,6 98,6 | 643 690 | 45,4 35,6 | 27,5 25,5 | 46,8 45,4 | 47 42,3 | - - |
| 2019 Hu (99) | Chirurgie générale | États-Unis | 99,3 | 7409 | 34,3 | 17,1 | - | 38,5 | - |
| 2019, Marchalik (100) | Urologie | Europe | 23,7 | 369 | - | - | - | 40 | - |
| 2018 Shakir (95) | Neurochirurgie | États-Unis | 21,3 | 255 | 32,5 | 21,6 | 4 | 36,5 | - |
| 2018 Faivre (70) | Orthopédie | France | 22 | 107 | 26,5 | 63 | 33 | 72,8 | 40,1 |
| 2018 Attenello (72) | Neurochirurgie | États-Unis | 21 | 346 | 36 | 60 | 43 | 67 | - |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale | France | 65,6 | 328 | 24,7 | 44,6 | 47 | 52 | 40 |
| 2015 Chaput (101) | Chirurgie plastique | France | 61 | 52 | 13,5 | 25 | 48,1 | 28,8 | - |
| 2015 Rua (102) | Gynécologie obstétrique | France | 30 | 40 | 19,4 | 30,6 | 11,1 | 46,7 | - |
| 2011 Roumigué (103) | Urologie | France | 65,5 | 186 | 6 | 22 | 25,3 | 36,6 | 24 |
| 2009 Sargent (76) | Orthopédie | États-Unis | 27 | 84 | 32 | 56 | 18 | - | - |

Tableau 47 : Score MBI des internes, résultats de la littérature, spécialités chirurgicales

| | Spécialité | Pays | Taux de participation (%) | Nombre de participants | EE élevé (%) | DP élevée (%) | DAP sévère (%) | Burnout (%) | Burnout modéré à sévère (%) |
|-----------------------------|--|--------|---------------------------|------------------------|--------------|---------------|----------------|-------------|-----------------------------|
| 2022 Nakao (73) | Pédiatrie | Japon | 94,5 | 37 | 12 | 9,4 | 17 | - | - |
| 2021 Treluyer (67) | Pédiatrie (COVID19) | France | 26,1 | 340 | 23,5 | 28,2 | 25,3 | 37,4 | - |
| 2020 Ferguson (104) | Toutes spécialités | Canada | 41,1 | 718 | 61,6 | 47,8 | 29 | 69,4 | - |
| 2019 Brunsberg (105) | Pédiatrie | USA | 72 | 388 | - | - | - | 46 | - |
| 2017 Galam (106) | Médecine générale après un an d'internat | France | 30,2 | 174 | 47 | 66 | 35 | 66 | 26 |
| 2013 Galam (107) | Diverses spécialités médicales | France | 64,2 | 4050 | 16 | 33,8 | 38,9 | 58,1 | 24,1 |

Tableau 48 : Score MBI des internes, résultats de la littérature, spécialités médicales

L'atteinte d'au moins une sous-échelle du MBI de manière sévère est présente chez 58,5% de nos internes. C'est plus que les internes de chirurgie plastique français et leurs 28,8% (101), plus que les gynécologues-obstétriciens et leurs 46,7% (102), plus que les internes de chirurgie viscérale et de neurochirurgie français qui dépassent 52% (45) (74). Seuls les internes de chirurgie orthopédique nous devancent avec 72,8% (70)

Dans la littérature récente, la prévalence du burnout modéré à sévère chez les internes de chirurgie varie entre 19 et 67%. Nous nous situons dans la moyenne avec 24,9%.

La proportion d'internes présentant un score élevé d'épuisement émotionnel oscille entre 6 et 45%. Nous nous situons donc dans la moyenne plutôt haute avec 35,9%. Si nous comparons aux autres spécialités chirurgicales en France, notre score est donc le plus élevé.

Un score élevé de dépersonnalisation est retrouvé chez 35% de nos internes. C'est quasiment la moitié du score des internes d'orthopédie adulte français, mais c'est aussi six fois plus que chez les internes d'urologie français.

Concernant l'accomplissement personnel, nous sommes moins sévèrement touchés que la majorité des internes de chirurgie français, et globalement plus que les internes de chirurgie américains.

c) Facteurs associés

La revue de la littérature effectuée s'intéressait uniquement aux articles qui utilisaient le MBI, pour une comparabilité des résultats. Elle retrouvait les facteurs associés suivants :

| | Spécialité Pays | Facteurs associés à l'EE | Facteurs associés à la DP | Facteurs associés à la DAP | Facteurs associés au burnout |
|-------------------------------------|---|---|---|---|--|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique France</i> | <i>Nombre d'heures de travail Idées suicidaires Erreur médicale</i> | | <i>Nombre de jours de congés annuels Satisfaction de l'enseignement pratique (protecteur)</i> | <i>Troubles du sommeil Erreur médicale</i> |
| 2022 Nakao (73) | Pédiatrie Japon | <i>Repos de garde (protecteur)</i> | | | |
| 2021 Treluyer (67) | Pédiatrie France (COVID19) | | | | Nombre d'heures travaillées par semaine |
| 2021 Baker (98) | Chirurgie États-Unis | Humiliation | | | |
| 2020 Yu (68) | Neurochirurgie et orthopédie Chine | | | | Jeune âge Divorce Travail > 71 heures par semaine < 6h de sommeil par nuit Témoin de violence professionnelle dans 5 dernières années |
| 2020 Ferguson (104) | Toutes spécialités Canada | Nombre d'heures travaillées | Jeune âge Sexe masculin Absence d'enfants | | |
| 2020 Brunsberg (105) | Pédiatrie USA | | | | Erreurs médicales |
| 2019 Janko (96) | Chirurgie vasculaire États-Unis | | | | Absence de mentor Dépression Ne pas souhaiter refaire la même carrière |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|---|--|--|--|
| 2019 Brunsberg (105) | Pédiatrie États-Unis | | | | | Nombre d'erreurs médicales graves |
| 2018 Faivre (70) | Orthopédie France | | | | | Erreur médicale 3 derniers mois Célibat Sexe féminin |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale France | Responsabilité jugée trop élevée Erreurs médicales répétées | Sexe masculin Agression par les patients Salaire jugé insuffisant Pas de loisirs | Manque de reconnaissance par les patients Idées suicidaires | | Agression par les patients Manque de reconnaissance des seniors Responsabilité jugée trop élevée Consommation d'alcool > 3 verres par semaine Antidépresseurs Idées suicidaires dans la dernière année |
| 2013 Galam (107) | Spécialités médicales France | | | | | |
| 2011 Roumigué (103) | Urologie France | Absence de loisir | | | | |
| 2009 Sargent (76) | Orthopédie États-Unis | | | | | Manque de sommeil Interférences professionnel / privé Alcool régulier |
| 2007 Golub (108) | Chirurgie ORL États-Unis | Sexe féminin Nombre d'heures travaillées Manque de sommeil Interférences vies professionnelle et privée Manque de hobbies | | | | |

Tableau 49 : Facteurs associés au burnout des internes dans la littérature

Il apparaissait que certains facteurs, comme le nombre d'heures de travail et la survenue récente d'une erreur médicale, étaient fréquemment retrouvés, tout comme le manque de hobbies ou l'absence de mentors. Certains facteurs comme l'âge, le célibat ou le manque de reconnaissance ressortaient également mais de manière plus discrète.

Les spécialités médicales en France et à l'étranger observent toutes des taux plus élevés de burnout modéré à sévère.

Nous nous situons dans les valeurs hautes concernant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. La diminution de l'accomplissement personnel est en revanche plus marquée dans les spécialités médicales étudiées, à savoir en France : la pédiatrie, la médecine générale, et d'autres spécialités médicales.

d) Conseil de carrière

Deux internes de chirurgie pédiatrique français sur trois ne conseilleraient pas une carrière en chirurgie infantile à leurs proches ou à leurs enfants.

Presque autant ne conseilleraient pas une carrière en médecine. C'est équivalent aux autres spécialités.

| | Spécialité | Pays | Spécialité choisie |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------|--|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | <i>66,3% ne conseillent pas la spécialité 58,7% ne conseillent pas un cursus médical</i> |
| 2021 Chow (109) | Chirurgie cardio-thoracique | États Unis | 25% ne referaient pas le même choix |
| 2020 Yu (68) | Neurochirurgie Orthopédie | Chine | 71,4 ne conseillent pas la spécialité 73,6 ne conseillent pas la spécialité |
| 2019 Janko (96) | Chirurgie vasculaire | États Unis | 17% ne referaient pas le même choix |
| 2019 Marchalik (100) | Urologie | Europe, États-Unis | 33% ne referaient pas le même choix 22% ne choisiraient pas un cursus médical |
| 2018 Faivre (70) | Orthopédie | France | 61,7% ne conseillent pas la spécialité |
| 2018 Attenello (72) | Neurochirurgie | États-Unis | 21% ne referaient pas le même choix 36% ne conseillent pas la spécialité 41% ont songé à quitter la spécialité |
| 2013 Galam (106) | Spécialités médicales | France | 16,7% pensent à quitter médecine |

Tableau 50 : Conseil ou choix de carrière des internes, revue de la littérature

e) Mentor

75% des internes de chirurgie vasculaire aux USA (96) et 60% des internes de chirurgie orthopédique (76) déclaraient avoir un mentor. Dans notre étude, 79% des internes considéraient en avoir un.

Chez Sargent, des taux moins élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation étaient retrouvés chez les internes qui avaient des contacts réguliers avec leurs mentors.

Les internes de médecine français en 2013 déclaraient se sentir « bien accompagnés » au cours de l'internat pour 55,8% (107).

f) Données de travail

1. Temps de travail

| | Spécialité | Pays | Temps de travail hebdomadaire |
|------------------------|------------------------------|----------------------|--|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | <i>Plus de 60 heures pour 70%</i> |
| 2022 | | | |
| Copeland (110) | Chirurgie plastique | Canada | 84,6 |
| 2022 | | | |
| Nakao (73) | Pédiatrie | Japon | 66,7 |
| 2020 | | | |
| Yu (68) | Orthopédie Neurochirurgie | Chine | 58,8 59,9 |
| 2019 | | | |
| Hu (99) | Chirurgie | États-Unis | Plus de 80h pour 39% |
| 2019 | | | |
| Marchalik (100) | Urologie | États-Unis Europe | Plus de 80 heures pour 32% Plus de 80 heures pour 11% |
| 2018 | | | |
| Faivre (70) | Orthopédie | France | 68,5 |
| 2017 | | | |
| Chati (45) | Chirurgie viscérale | France | 75,7 +/- 12 |
| 2017 | | | |
| Galam (106) | Médecine générale | France | 59 |
| 2015 | | | |
| Chaput (101) | Chirurgie plastique | France | Plus de 50 heures pour 98% Plus de 80 heures pour 40% |
| 2014 | | | |
| Mordant (75) | Chirurgie oncologique | Europe | 58 |
| 2013 | | | |
| Galam (107) | Médecine générale | France | 48,9 |
| 2011 | | | |
| Roumiguié (103) | Urologie | France | 67,2 +/- 12,8 |
| 2009 | | | |
| Sargent (76) | Orthopédie | États-Unis | 70,2 |
| 2007 | | | |
| Golub (108) | Chirurgie ORL | États-Unis | 71 (40-110) |

Tableau 51 : Temps de travail moyen des internes, revue de la littérature

Le temps de travail hebdomadaire moyen dans notre étude semble être comparable à celui des internes de chirurgie à travers le monde.

2. Nombre de gardes / repos de garde

| | Spécialité | Pays | Nombre de gardes mensuelles |
|----------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 6 |
| 2022 Copeland (110) | Chirurgie plastique | Canada | 7 |
| 2018 Faivre (70) | Orthopédie | France | 6 |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale | France | 5,3 +/- 1,6 |
| 2015 Rua (102) | Gynécologie obstétrique | France, région Ouest | 5,5 |
| 2007 Gollub (108) | Chirurgie ORL | États-Unis | 8 |

Tableau 52 : Nombre moyen de gardes des internes, revue de la littérature

Le nombre de gardes mensuelles chez les internes se situe entre 5 et 8 dans la littérature, ce qui est retrouvé également dans notre cohorte.

| | Spécialité | Pays | Repos de garde systématique |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 43,5 |
| Nakao (73) | Pédiatrie | Japon | En 2013 : 31,7% En 2019 : 64,9% |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale | France | 7,2% |
| 2015 Rua (102) | Gynécologie obstétrique | France, région Ouest | 93,9% |
| 2015 Chaput (101) | Chirurgie plastique | France | 14,3% |

Tableau 53 : Repos de garde systématique des internes, revue de la littérature

L'arrêté du 10 septembre 2002 en France impose un repos de sécurité de 11 heures les lendemains de garde à tous les internes (111).

Il persiste encore des infractions vis-à-vis de cette loi, puisque plus de la moitié des internes de chirurgie pédiatrique n'en bénéficient pas de manière systématique. Le chiffre le plus alarmant est celui observé par Chati (45), avec plus de 90% des internes de chirurgie viscérale qui en sont privés, et 86% des internes de chirurgie plastique.

Cet élément est par ailleurs retrouvé comme facteur de risque d'épuisement émotionnel chez Nakao (73).

3. Harcèlement professionnel

| | Spécialité | Pays | Harcèlement |
|-----------------------------|------------------------------|---------------|--|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 38% |
| 2021 Baker (98) | Chirurgie | États-Unis | 67,8% les six derniers mois |
| 2020 Yu (68) | Orthopédie Neurochirurgie | Chine | 38,7% (victime ou témoin) 43,6% (victime ou témoin) |
| 2019 Hu (99) | Chirurgie générale | États-Unis | 49,9% Dont 19% plusieurs fois par mois |
| 2018 Faivre (70) | Orthopédie | France | 28% |
| 2017 Galam (106) | Médecine générale | France | 7,7% moral / 2,4% sexuel |

Tableau 54 : Harcèlement professionnel chez les internes, revue de la littérature

La notion de harcèlement au cours de l'internat est retrouvée à hauteur de 38% dans notre étude, allant jusqu'à 47% chez les internes d'orthopédie pédiatrique.

Bien que ce chiffre soit moins important que ceux retrouvés aux États-Unis, il est plus élevé que dans les autres populations d'internes français.

4. Erreur médicale

| | Spécialité | Pays | Erreur médicale |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------|-----------------------------|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 43,5% |
| 2019 Brunsberg (105) | Pédiatrie | États-Unis | 38% Dont 9% erreur grave |
| 2018 Faivre (70) | Orthopédie | France | 28% |
| 2014 Mordant (75) | Chirurgie | Europe | 24% |

Tableau 55 : Erreur médicale chez les internes, revue de la littérature

Nous retrouvons jusqu'à 47,4% d'internes d'orthopédie pédiatrique français qui rapportent une erreur médicale qui leur est incombée au cours des trois derniers mois. Ces valeurs sont les plus élevées qui aient été retrouvées dans la littérature internationale.

Nous rappelons qu'au moins deux autres articles français ont identifié ce critère comme facteur associé au syndrome de burnout ou à l'une de ses composantes.

5. Salaire

| | Spécialité | Pays | Insatisfaction salariale |
|------------------------------|------------------------------|---------------|--------------------------|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 93% |
| 2020 Yu (68) | Orthopédie Neurochirurgie | Chine | 60% 61% |
| 2018 Faivre (70) | Orthopédie | France | 77% |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale | France | 78% |
| 2015 Chaput (101) | Chirurgie plastique | France | 79% |

Tableau 56 : Satisfaction salariale des internes, revue de la littérature

Plus de 90% de nos internes sont insatisfaits vis-à-vis de leur salaire. Bien que les taux soient également élevés dans les autres études françaises, ils sont plutôt aux alentours de 80%.

6. Satisfaction

La satisfaction de l'enseignement est difficile à évaluer. Si des études l'évaluent par des échelles de Likert numériques, nous l'avons évaluée de « très insatisfait » à « très satisfait ». La correspondance en graduant ces réponses est de :

- 2,3 sur 4 pour l'enseignement théorique, soit 2,9 sur 5
- 2,8 sur 4 pour l'enseignement pratique, soit 3,5 sur 5

Ces valeurs sont inférieures à celles retrouvées par Copeland (110) qui retrouve une moyenne de 4 sur 5.

7. Interférences vies professionnelle et familiale

Notre étude retrouvait pour 58,7% des internes la présence d'interférences entre vies professionnelle et privée. Chow en 2021 (109) retrouvait chez 75% des internes de chirurgie cardio-thoracique aux États-Unis un impact négatif du travail sur la vie privée, dont 40% de souvent à très souvent.

En 2019, Marchalik observait que 49% (n = 369) des internes d'urologie en Europe et aux États-Unis étaient insatisfaits de la balance entre leur vie privée et leur vie professionnelle (100).

8. Données sur le sommeil

| | Spécialité | Troubles du sommeil |
|---------------------------------|---|--|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> France | 6,5% somnifères 76,1% manque de sommeil |
| 2020 Baumgarten (74) | Neurochirurgie France | 8,5% somnifères |
| 2020 Yu (68) | Orthopédie Neurochirurgie Chine | <4h / nuit : 1,6% 4 à 6h / nuit : 35,3% <4h : Nuit : 2,6% 4 à 6h / nuit : 34,8% |
| 2019 Marchalik (100) | Urologie Europe et États-Unis | 57,7% sensation de manque de sommeil |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale France | 67% insomnies |
| 2013 Galam (107) | Spécialités médicales France | 9,2% somnifères |
| 2007 Golub (108) | Chirurgie ORL États-Unis | 6,2 heures de sommeil par nuit en moyenne (2-10) |

Tableau 57 : Données de santé des internes, revue de la littérature

Le sommeil est affecté chez bon nombre d'internes de chirurgie. La population de notre étude consomme moins de somnifères que nos collègues d'autres spécialités.

La durée de sommeil n'a pas été évaluée au sein des internes mais la qualité du sommeil est visiblement altérée.

9. Sports et loisirs

| | Spécialité | Pays | Sport |
|--------------------------------|------------------------------|---------------|--|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | <i>65% au moins une fois par semaine</i> |
| 2022 Esposito (97) | Chirurgie générale | États-Unis | 14% sport 150 minutes hebdomadaires |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale | France | 32% |
| 2015 Rua (102) | Gynécologie | France | 42,4% |
| 2015 Chaput (101) | Chirurgie plastique | France | 48,1% au moins une fois par semaine |
| 2014 Sargent (76) | Orthopédie | États-Unis | 58% une fois par semaine 41% plus régulièrement |
| 2011 Roumigué,(103) | Urologie | France | 66% |

Tableau 58 : Sports et loisirs des internes, revue de la littérature

Les internes de notre cohorte pratiquaient une activité sportive ou un loisir au moins une fois par semaine pour 65%. Pour 26% d'entre eux, le rythme était d'au moins deux fois par semaine.

Ces chiffres sont meilleurs que ceux retrouvés dans les études publiées en chirurgie en France et à l'étranger.

10. Substances

| | Spécialité | Pays | Substance |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------|---|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | <i>13% tabac 31,5% alcool</i> |
| 2020 Baumgarten (74) | Neurochirurgie | France | 6,1% drogues |
| 2019 Janko (96) | Chirurgie viscérale | États-Unis | 53% mésusage d'alcool |
| 2019 Marchalik (100) | Urologie | Europe | 24% : 5 – 8 verres par semaine 6% : 9 verres ou plus |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale | France | 39% tabac |
| 2013 Galam (107) | Spécialités médicales | France | 5,4% alcool 3 fois par semaine |

Tableau 59 : Consommation de drogues et substances des internes, revue de la littérature

Les internes de chirurgie pédiatrique sont de faibles fumeurs en comparaison aux internes de chirurgie viscérale (45). Ils sont également de plus faibles consommateurs d'alcool que les internes de chirurgie étrangers (96).

11. Idées suicidaires

| | Spécialité | Pays | Idées suicidaires |
|---------------------------------|------------------------------|---------------|--|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 22,8% 7,6% substances psychotropes |
| 2020 Baumgarten (74) | Neurochirurgie | France | 24,8% rarement 12,3 souvent |
| 2019 Hu (99) | Chirurgie | États-Unis | 4,5% |
| 2019 Brunsberg (105) | Pédiatrie | États-Unis | 2% |
| 2018 Faivre (70) | Orthopédie | France | 10,3% |
| 2017 Chati (45) | Chirurgie viscérale | France | 12,2% 6,9% antidépresseurs 7,6% anxiolytiques |
| 2013 Galam (107) | Spécialités médicales | France | 6,1% 1,4% : antécédent tentative de suicide 6,5% substances psychotropes |

Tableau 60 : Idées suicidaires chez les internes, revue de la littérature

Près de 23% des internes de chirurgie pédiatrique français déclaraient avoir présenté des idées suicidaires au cours de la dernière année.

Ces valeurs figurent parmi les plus élevées des différentes études publiées.

Selon le cinquième rapport de l'Observatoire National du Suicide publié le 6 septembre 2022, la tranche d'âge des 25-34 ans comportait 12,6% de sujets ayant présenté des idées suicidaires sur la dernière année (112). Les internes de chirurgie pédiatrique ont donc quasiment deux fois plus d'idées suicidaires que la population générale française dans la tranche d'âge équivalente.

L'ISNI avait repéré dans son rapport en 2017 que 3,8% des jeunes médecins aurait déjà commis une tentative d'autolyse (35).

Aussi, 7,6% des internes utilisent des substances psychotropes ; c'est plus que chez les internes d'orthopédie adulte français.

B. Population des seniors

a) Taux de participation

Le taux de participation des seniors était de 44,5%. Dans la littérature concernant la chirurgie pédiatrique, les taux sont compris entre 38 (55) et 50% (51)(52)(57). Nous nous situons donc la moyenne.

b) Résultats MBI

Nous avons retrouvé 40,4% de chirurgiens pédiatres présentant des symptômes de burnout, tous degrés confondus. Treize pour cent présentaient des symptômes de burnout modéré à sévère.

Si l'on s'intéresse à la valeur globale du score MBI, nous restons derrière les orthopédistes pédiatres chinois et leurs 73,7% (51), et également derrière les orthopédistes pédiatres américains avec 37,8% (52). La catégorie de MBI modéré à sévère était aussi moins élevée que pour Liang (51), mais plus que pour Faivre (84).

En 2011, Balch comparait 14 spécialités chirurgicales américaines. La chirurgie infantile se retrouvait en dernière position en termes de prévalence de symptômes de burnout, avec 31,4%. Les trois spécialités en tête étant les chirurgiens orthopédiques et traumatologiques (51,6%), les chirurgiens vasculaires (44%), l'urologie (42,9%) (88).

Les sous-échelles du score étaient sévèrement atteintes à hauteur de 26,7% pour l'épuisement émotionnel, de 16,1% pour la dépersonnalisation et 13% pour l'accomplissement personnel. Les études en chirurgie retrouvent toutes des proportions moins élevées d'épuisement émotionnel sévère, hormis pour deux études (113) (81). Nous sommes dans la moyenne du score de dépersonnalisation sévère des chirurgiens pédiatres à travers le monde, loin derrière Jiménez en Espagne (57), mais tout de même beaucoup plus que Bratu au Canada (55).

| | Spécialité | Pays | Taux de participation (%) | Nombre de participants | EE élevé (%) | DP élevée (%) | DAP sévère (%) | Burnout (%) | Burnout modéré à sévère (%) |
|------------------------------|------------------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------|--------------|---------------|----------------|-------------|-----------------------------|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 44,5 | 161 | 26,7 | 16,1 | 13,0 | 40,4 | 13 |
| 2021 Liang (51) | Orthopédie pédiatrique | Chine | 50 | 700 | - | - | - | 73,7 | 64,7 |
| 2021 Lam (114) | Chirurgie dermatologique | Canada | 9 | 137 | - | - | - | 46 | - |
| 2021 Kejner (86) | Chirurgie maxillo-faciale | | 31 | 67 | 23,9 | 9 | 26,9 | 74,6 | 33 |
| 2021 Coleman (47) | Chirurgie vasculaire | Canada | 34 | 889 | - | - | - | 41,3 | - |
| 2021 Abduljabbar (48) | Chirurgie du rachis | Monde | 13 | 818 | 18,1 | 23,2 | 21 | 30,6 | - |
| 2020 Harper (53) | Urologues pédiatres | Pays francophones | 74 | 70 | - | - | - | 48,6 | 30 |
| 2020 Carter * (52) | Chirurgie orthopédique pédiatrique | États-Unis | 47 | 615 | - | - | - | 37,8 | - |
| 2020 Baumgarten (74) | Neurochirurgie | France | 23,6 | 102 | - | - | - | 47,5 | - |
| 2019 Faivre (84) | Chirurgie orthopédique | France | 23 | 441 | 14 | 23 | 19 | 39 | 10,6 |
| 2019 Bratu (55) | Chirurgie pédiatrique | Canada | 38 | 128 | 17,2 | 1 | 16,4 | 7,8 | - |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|----------------|------|------|------|------|------|------|---|
| 2015 Qureshi (83) | Chirurgie plastique | États- Unis | 28,5 | 1691 | 24,9 | 20,1 | 8,3 | 29,7 | - |
| 2015 Jesse (113) | Chirurgie de greffe | États- Unis | 18,5 | 274 | 40,1 | 17,1 | 46,5 | - | - |
| 2014 Streu (115) | Chirurgie plastique | États Unis | 71 | 502 | 29 | 16 | 5 | - | - |
| 2014 Porto (116) | Chirurgie maxillo-faciale | Brésil | 23 | 166 | 5,2 | 5,2 | 8,6 | 17,2 | - |
| 2011 Balch (88) | Chirurgie pédiatrique | États- Unis | - | 243 | - | - | - | 31,4 | - |
| 2009 Shanafelt (81) | Chirurgie | États- Unis | 32 | 7905 | 31,7 | 26 | 12,8 | 39,6 | - |
| 2002 Jiménez (57) | Chirurgie pédiatrique | Espagne | 45,5 | 85 | - | 45,9 | 82,4 | - | - |

Tableau 61 : Résultats au score MBI chez les seniors, revue de la littérature

* : burnout déterminé par un score autre que le MBI

c) Facteurs associés

| | Spécialité Pays | Facteurs associés à l'EE sévère | Facteurs associés à la DP sévère | Facteurs associés à la DAP sévère | Facteurs associés au burnout |
|--|---|---|---|---|---|
| 2022 Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique France</i> | <i>Harcèlement Durée d'exercice</i> | <i>Protecteur : Sport ou loisir</i> | | |
| 2021 Liang (51) | Orthopédie pédiatrique Chine | | | | Jeune âge Faible ancienneté dans le service Nombre d'heures travaillées par semaine <i>Protecteur : salaire élevé</i> |
| 2021 Lam (114) | Chirurgie dermatologique Canada | | | | Sexe féminin |
| 2021 Kejner (86) | Chirurgie maxillo-faciale microvasculaire Canada | <i>Protecteur : autonomie quant au planning Manque de support de l'équipe</i> | | Temps dédié à la recherche < 10% <i>Protecteur : Moins de 2 jours de bloc par semaine</i> | |
| 2021 Coleman (47) | Chirurgie vasculaire Canada | | | | Manque de temps en famille |
| 2021 Abduljabbar (48) | Chirurgie du rachis Monde | Jeune âge Nombre d'heures travaillées | Jeune âge Assistanat Célibat | | Nombre d'heures travaillées > 60 Assistanat |

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|---|
| 2020 Harper (53) | Urologues pédiatres Pays francophones | | | Méconnaissance du burnout Célibat Hôpital universitaire |
| 2020 Carter (52) | Chirurgie pédiatrique orthopédique États-Unis | | | Sexe féminin Classe d'âge 40-59 ans |
| 2019 Faivre (84) | Chirurgie orthopédique France | | | Sexe féminin Hôpital public <i>Protecteur : hobbies</i> |
| 2015 Qureshi (83) | Chirurgie plastique États-Unis | | | Plus de 70h hebdomadaires Plus de 2 soirs d'astreinte par semaine Épouse employée Erreurs médicales Interférences vies privée professionnelle Alcool régulier Symptômes dépressifs <i>Protecteur : enfants, âge > 60 ans, plus de 15ans de pratique</i> |
| 2014 Streu (115) | Chirurgie plastique États-Unis | Age entre 40 et 50 ans Plus de 60 heures hebdomadaires | | Astreintes |
| 2014 Porto (116) | Chirurgie maxillo-faciale Brésil | Sexe féminin | | Alcool régulier |

Tableau 62 : Facteurs associés au burnout et ses composantes, revue de la littérature

d) Conseil de carrière

Aux États-Unis, un tiers des chirurgiens pédiatres ne recommanderaient pas leur spécialité à leurs proches (88). En France, 54% des orthopédistes adultes remplissent ce même critère (84).

Nos chirurgiens ne conseillaient ni un cursus médical pour 40,4% d'entre eux, ni une carrière en chirurgie pédiatrique pour 55,9%. Cette proportion est similaire aux chirurgiens vasculaires américains, qui ne recommanderaient pas leur choix de carrière pour 54,4% d'entre eux, les plaçant en première position sur 14 spécialités chirurgicales (117).

e) Données de travail

1. Temps de travail hebdomadaire

| | Spécialité | Pays | Temps de travail hebdomadaire |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------|---|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | <i>44,1% travaillent 48 à 60 heures 31,7% travaillent plus de 60 heures</i> |
| 2021 Coleman (47) | Chirurgie vasculaire | Canada | 63,4 |
| 2020 Baumgarten (74) | Neurochirurgie | France | 57,1 |
| 2019 Faivre (84) | Chirurgie orthopédique | France | 56,9 +/- 12,8 |
| 2015 Qureshi (83) | Chirurgie plastique | États-Unis | 78,2 |
| 2014 Streu (115) | Chirurgie plastique | États-Unis | 22,3% travaillent plus de 60 heures |
| 2014 Porto (116) | Chirurgie maxillo-faciale | Brésil | 29% travaillent plus de 50h |
| 2012 Oreskovich (90) | Chirurgie | États-Unis | 14,5% travaillent plus de 80 heures |
| 2011 Balch (88) | Chirurgie pédiatrique | États-Unis | 65,8 42,7% travaillent plus de 70 heures |

Tableau 63 : Temps de travail hebdomadaire des chirurgiens seniors, revue de la littérature

Le temps de travail des différents chirurgiens dans la littérature varie entre 56,9 (84) et 78 heures (83).

Les chirurgiens pédiatres aux États-Unis déclaraient travailler 65,8 heures hebdomadaires en moyenne, ce qui les portait au 3^{ème} rang sur les 14 spécialités étudiées (variables entre 72,8 heures chez les chirurgiens traumatologues et 51,1 heures chez les orthopédistes). Les trois quarts (75,8%) de nos chirurgiens pédiatres travaillent plus de 48 heures par semaine.

En termes de temps passé au bloc opératoire, on retrouvait 19 heures pour les chirurgiens pédiatres interrogés par Balch (88) et pour les chirurgiens orthopédistes selon Faivre (84). Qureshi objectivait 26 heures chez les plasticiens (83). Nous n'avons pas recueilli ce critère.

2. Nombre de gardes

| | Spécialité | Pays | Nombre de gardes ou astreintes mensuelles |
|------------------------|------------------------------|---------------|---|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | <i>6,22 gardes ou astreintes</i> |
| 2021 | | | |
| Coleman (47) | Chirurgie vasculaire | Canada | 10,8 astreintes |
| 2020 | | | |
| Baumgarten (74) | Neurochirurgie | France | 3,76 gardes |
| 2015 | | | |
| Qureshi (83) | Chirurgie plastique | États-Unis | 8 astreintes |
| 2011 | | | |
| Balch (88) | Chirurgie pédiatrique | États-Unis | 10,4 astreintes |

Tableau 64 : Nombre de gardes des seniors dans la littérature

Le nombre de gardes ou astreintes varie énormément en fonction de la spécialité, du type d'exercice et du lieu d'exercice. Nous n'avons pas différencié les gardes sur place des astreintes téléphoniques.

Nous retrouvons une moyenne de 6,22 (0-20), ce qui est dans la fourchette retrouvée dans les autres spécialités, et moins élevé que chez les chirurgiens pédiatres américains (88).

Balch (117) classait les chirurgiens pédiatres au 8^{ème} rang de ceux qui effectuaient le plus d'astreintes, sur les 14 spécialités qu'il avait interrogées (allant de 7,2 par mois pour les orthopédistes à 17,2 pour les chirurgiens de greffe).

3. Vacances

Neuf pour cent des chirurgiens maxillo-faciaux brésiliens ne prennent pas de congés, et 15% ne prend qu'une semaine par an (116).

Aux États-Unis, un quart des plasticiens bénéficie de moins de deux semaines annuelles de congés, 44% posent 3 à 4 semaines, et le tiers restant prend un mois ou plus de congés (115). Dans notre cohorte, la moyenne des semaines de congés était de 6, variant entre une et dix semaines.

4. Harcèlement professionnel

En 2019, 17,5% des praticiens en chirurgie orthopédique déclaraient avoir été victimes de harcèlement (84). En 2022, c'est plus du double, soit 37,9% des chirurgiens pédiatres qui déclarent avoir subi une forme de harcèlement professionnel.

5. Erreur médicale

Le pourcentage de praticiens estimant avoir été à l'origine d'une erreur médicale récente se situe à 8,9 pour Balch et 10 pour Oreskovich. Nous nous situons au-dessus de ces chiffres, avec 15,5% d'erreurs médicales auto-rapportées.

6. Salaire

En orthopédie adulte en France, 56% des chirurgiens seniors se décrivent comme insatisfaits par rapport à son salaire. Nous sommes d'autant plus mécontents, avec 69,6% de chirurgiens insatisfaits ou très insatisfaits.

7. Interférences vies professionnelle et familiale

| | Spécialité | Pays | Interférences vies personnelle / professionnelle |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|---|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | <i>71,4</i> |
| 2021 | | | |
| Coleman (47) | Chirurgie vasculaire | Canada | 59,3 |
| 2011 | | | |
| Balch (88) | Chirurgie pédiatrique | États-Unis | 56,4 |
| 2010 | | | |
| Balch (118) | Chirurgie | États-Unis | 50 |

Tableau 65 : Interférences vies professionnelle / privée, seniors, revue de la littérature

Nous détenons le record de chirurgiens estimant que les interférences entre la vie privée et la vie professionnelle sont trop nombreuses, surplombant de 20% les autres cohortes.

Pour Balch aux États-Unis, la spécialité qui estime le plus que la vie professionnelle a un impact négatif sur la vie privée est la chirurgie traumatologique, avec 62,3% (117); ce qui reste inférieur à notre résultat.

8. Données de santé et sommeil

Concernant les données de sommeil, les chirurgiens plasticiens américains sont 11% à ressentir un manque de sommeil, et 42% à dormir moins de 6 heures par nuit (83).

Nous présentons là encore des scores plus alarmants, avec 83,8% des praticiens qui présentent au moins un trouble de sommeil, et 50,3% qui ressent un manque. La moitié de notre cohorte présentait un manque de sommeil. Par ailleurs, 8,7% déclarait avoir recours à des somnifères.

9. État de santé

Streu objective un très bon ou excellent état de santé chez 87% de ses répondants (115). Nous présentons un ratio quasiment équivalent avec 75,8%.

10. Sports et loisirs

Dans l'article de Porto, 64% des chirurgiens maxillo-faciaux brésiliens déclarent pratiquer régulièrement un sport (116). Nous sommes bons sur ce critère, car 70,8% des personnes interrogées pratiquent une activité sportive ou un loisir au moins une fois par semaine.

11. Substances

| | Spécialité | Substance |
|---------------------------------|---|--|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique France</i> | <i>Tabac 12,4% / alcool 23% Cocaïne 0% / cannabis 1,9%</i> |
| 2015 Qureshi (83) | Chirurgie plastique États-Unis | Alcool 8,4% Drogues 5,4% |
| 2014 Porto (116) | Chirurgie maxillo-faciale Brésil | Alcool 66% |
| 2013 Franke (26) | Chirurgie Monde | 8,9% substances pour amélioration des fonctions cognitives au moins une fois |
| 2012 Oreskovich (90) | États-Unis | Alcool 15,4% |

Tableau 66 : Substances utilisées par les seniors, revue de la littérature

Nous consommons nettement moins d'alcool que les Brésiliens (116) mais plus que les Américains (83). Du point de vue des drogues ou substances illicites, nous restons extrêmement raisonnables avec aucun usage de cocaïne, et seulement 1,9% de consommateurs de tétrahydrocannabinol.

12. Idées suicidaires

| | Spécialité | Pays | Idées suicidaires |
|----------------------------------|------------------------------|----------------|-------------------|
| Notre étude | <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <i>France</i> | 13% |
| 2021 Coleman (47) | Chirurgie vasculaire | Canada | 8% |
| 2019 Faivre (84) | Chirurgie orthopédique | France | 8,6% |
| 2014 Wall (93) | Chirurgie | Italie / Suède | 18% 12% |
| 2011 Balch (88) | Chirurgie | États-Unis | 6,4% |

Tableau 67 : Idées suicidaires des seniors, revue de la littérature

La prévalence d'idées suicidaires chez les chirurgiens est plutôt comparable à travers le monde et les spécialités, sauf en Italie où elle atteint près de 20% (93). Nous nous situons sur la deuxième triste marche du podium avec 13%. Aux États-Unis, Balch retrouve une moyenne de 6,4% de chirurgiens présentant des idées suicidaires, allant de 3,8% chez les gynécologues-obstétriciens à 7,7% chez les chirurgiens vasculaires. Les chirurgiens infantiles se placent 6èmes sur les 14 spécialités qu'il a interrogées. (88)

La prévalence d'idées suicidaires dans la population générale française des plus de 18 ans atteint 9,2%, selon le rapport de l'Observatoire National du Suicide en 2022 (112). Il existe donc un facteur de 1,4 entre ces deux valeurs.

13. Antidépresseurs

Par ailleurs, 15% des chirurgiens de diverses spécialités interrogés lors de congrès internationaux rapportaient avoir utilisé ou utiliser un traitement antidépresseur. L'âge moyen du premier usage était de 38 ans (26). Nous avons consommé des traitements psychotropes au sens large pour 3,7%.

C. Comparaison internes et seniors

Roumigué retrouve des proportions d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel plus sévères chez les internes que chez les jeunes praticiens (chefs de cliniques ou assistants), de manière significative.

Sargent retrouve quant à lui un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation sévères plus fréquentes chez les internes que chez les seniors.

Il en va de même pour notre étude, qui retrouve des proportions plus élevées de syndrome de burnout (58,7% contre 40,4%), d'épuisement émotionnel sévère (35,9% contre 26,7%), de dépersonnalisation sévère (34,8% contre 16,1%) et de diminution sévère d'accomplissement personnel (18,5 contre 13%) chez les internes que chez les seniors.

Les relations entre internes et seniors sont primordiales. En effet, pour Sargent, les internes qui déclaraient avoir un mentor étaient moins touchés par le burnout.

Malheureusement, dans l'étude de Chati (45), 51% des internes interrogés rapportaient un manque d'estime et de gratitude de la part de leurs seniors.

D. Biais et limites

a) Taux de participation

Cette étude comporte une limite concernant le taux de participation des seniors, qui reste inférieur à 50% malgré trois invitations à répondre au questionnaire.

Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- Mail non reçu ou non vu
- Questionnaire jugé trop long de par ses 47 questions
- Doute quant à la conservation de l'anonymat

b) Biais de sélection

Il peut exister un biais de sélection puisque cette étude est basée sur le volontariat. En l'occurrence, il nous est impossible de déterminer qui est le plus susceptible de répondre à notre questionnaire parmi les personnes à risque de présenter un syndrome de burnout ou au contraire celles qui en sont indemnes.

V. CONCLUSION

Le syndrome de burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, est de plus en plus étudié dans la littérature internationale. Sa prévalence semble augmenter dans le temps.

Certains facteurs associés sont largement reconnus, comme le harcèlement, les erreurs médicales auto-rapportées, ou encore la surcharge de travail. Nous rappelons que les idées suicidaires ou symptômes dépressifs sont associés au burnout, mais il est impossible d'affirmer s'ils sont une cause ou une conséquence de celui-ci.

Nous allons nous pencher ici sur les causes générales et individuelles qui peuvent être évoquées quant à l'émergence de ce syndrome. Nous envisagerons ensuite les mesures qui peuvent être mises en œuvre pour lutter contre sa pérennisation.

A. Causes évoquées

a) Reflet de la civilisation moderne ?

Il est indéniable que la société a énormément évolué ces derniers siècles, impliquant des modifications individuelles, familiales, et professionnelles.

Les mouvements sociaux à l'origine des congés payés, des 35 heures hebdomadaires, et plus généralement le souhait de temps libre créent un changement des valeurs et des critères de réussite sociale, impliquant une modification de la balance travail – loisirs.

Au sein du domaine médical, le modèle rigide initial a peu à peu disparu, avec apparition d'une valorisation de l'équité. La transmission verticale du savoir, parfois patriarcale, a laissé place à un apprentissage transversal.

En parallèle de ces changements majeurs, les objectifs personnels de chacun ont également été modifiés.

b) Particularités des médecins et chirurgiens

Les personnes ayant choisi une carrière en médecine présentent une sensibilité et une empathie qui peuvent être plus ou moins développées selon chacun. En parallèle, le cursus impose une telle rigueur et une telle persévérance que les médecins peuvent développer une capacité à s'oublier pour être au service de leur patient.

L'équilibre personnel en est parfois bafoué, avec une course au savoir et au soin permanente. L'activité universitaire et hospitalière entraîne dans un investissement quotidien qui dépasse quelquefois ce qui avait été imaginé, et duquel il peut être difficile de sortir. Les idéaux de carrière et les valeurs portées par chaque médecin peuvent être véritablement ébranlés par la réalité de l'exercice de leur profession.

Aussi, l'écart générationnel qui se creuse entre les praticiens seniors et les internes peut causer une incompréhension entre ces deux populations. Il peut également expliquer en partie les différences de résultats retrouvées dans notre étude.

1. Seniors

Il est décrit au sein de l'« ancienne génération » une nécessité de se montrer fort et résistant au quotidien. La vocation à soigner les patients est parfois tellement développée qu'elle écrase le sentiment d'épuisement, pouvant conduire à un déni du burnout lorsque celui-ci survient.

De plus, le chirurgien est de nos jours confronté au cadre médico-légal, avec l'obligation de traçabilité, mais également aux tâches administratives. Il est ainsi poussé à passer énormément de temps sur les outils informatiques. Cet aspect peut être frustrant car en partie responsable de la diminution du temps qu'il accorde au patient lui-même.

Aussi, le manque croissant de personnel médical et paramédical dans certaines structures conduit à un stress et une source de frustration au quotidien. Il entraîne un glissement de tâches qui aboutit à une insatisfaction.

Cet environnement qui s'impose aux médecins fait d'eux des personnes à risque. En tant qu'êtres humains, nous avons des failles, nous pouvons nous retrouver dans des situations de difficulté. La toute-puissance que l'on peut attendre de nous est quelquefois réduite à néant et il faut savoir l'accepter.

Que pense le patient lorsqu'il se rend à notre consultation ou qu'il se retrouve sur notre table d'opération ? Est-ce qu'il peut se douter de la charge de travail, de la souffrance que son chirurgien éprouve et donc de sa mise en danger potentielle ?

2. Internes

Les jeunes chirurgiens en formation sont issus d'une période hébergeant de nombreuses révolutions, comme l'omniprésence du numérique, les nouveaux moyens de communication et entre autres l'émergence des réseaux sociaux. Ce monde virtuel, siège du culte de la performance et de la concurrence, peut causer une frustration majeure au quotidien, en rapport avec l'exposition – y compris par des chirurgiens – de vies lisses semblant parfaites, où l'échec n'existe pas.

Le paraître est pour certains devenu si important qu'ils tombent dans un doute permanent quant à leur existence, se rendant compte que leurs attentes sont impossibles à combler et leurs objectifs, impossibles à atteindre. Ce sentiment se ressent au travail, conduisant à une dévalorisation, une insatisfaction, et une remise en question permanente qui est néfaste.

De plus, la situation des internes est particulière. Ils peuvent subir une pression auto ou hétéro-infligée, avec un rythme de travail soutenu et un volume horaire important, notamment lors des gardes de 24 heures.

Le fait d'avoir des compétences théoriques et pratiques à acquérir tout en effectuant les tâches nécessaires au bon fonctionnement du service hospitalier peut s'avérer difficile. La course au temps pour allier apprentissage et travail imposé peut donner lieu à une détresse. L'interne peut alors s'oublier dans son activité hospitalière, diminuant davantage son secteur d'activités extra-professionnelles, et ainsi aggraver sa situation.

Il est alors du rôle des chirurgiens seniors encadrants de repérer les stigmates d'un tel glissement vers le syndrome d'épuisement professionnel. Ceux-ci alertent alors l'interne concerné ainsi que le reste de l'équipe afin d'éviter une issue fatale.

B. Proposition de solutions

Nous l'avons démontré, les statistiques sur le syndrome d'épuisement professionnel sont alarmantes. Bien que le traitement de cette affection soit essentiel (arrêt de travail, repos, psychothérapie...), c'est surtout au stade de prévention qu'il serait intéressant d'intervenir. Plusieurs leviers d'action peuvent être suggérés.

1. Au niveau collectif

a. **Évaluation du burnout**

Favoriser l'éducation sur le burnout et ses symptômes permettrait aux individus de savoir le diagnostiquer. Cela commence par la mise à disposition de documentation (brochures papiers des recommandations de la Haute Autorité de Santé – HAS – sur le sujet, sites Internet) et de questionnaires pour auto-dépistage comme le Maslach Burnout Inventory qui est rapide et validé. On peut également diffuser le numéro vert qui a été créé pour les soignants : 08.05.23.23.36.

Néanmoins, étant donné la gravité potentielle de ce syndrome, il est légitime de se poser la question de l'intervenant idéal pour assumer la responsabilité de ce dépistage. Sommes-nous les mieux placés pour nous auto-diagnostiquer et nous soigner nous-mêmes ? Une compétence extérieure spécialisée ne devrait-elle intervenir ?

En ce qui concerne les internes, qui sont particulièrement à risque, il pourrait être intéressant de les confronter à une évaluation orale. Celle-ci surviendrait en début de cursus, puis serait répétée au fil des années. Elle concernerait non pas les connaissances théoriques ou pratiques, mais bien la personnalité et le ressenti de l'individu, réalisant ainsi un vrai bilan de personnalité qui permettrait de mettre en évidence des signes précoces de souffrance et d'en suivre l'évolution. Ces entretiens seraient impérativement effectués par des personnes formées et expertes dans ce domaine.

b. **Prévention du burnout**

Si ces propositions de recours à des intervenants extérieurs semblent difficilement réalisables au sein des hôpitaux publics, il reste néanmoins obligatoire que les rôles d'observateur et de médiateur ne soient pas endossés par une personne employée par la structure. En effet, un regard extérieur, par définition plus objectif, est impératif pour mettre en lumière les problèmes organisationnels, relationnels ou personnels ; un médecin faisant partie de l'équipe au même titre que ses collègues ne peut être impartial lors de l'évaluation collective.

Il serait cependant licite que les chefs de service, en tant que leaders, bénéficient d'une formation de management, ou tout du moins qu'ils soient épaulés par des experts qui auraient un regard neutre sur la situation. Cette collaboration permettrait notamment d'organiser des moments d'échange dédiés à l'équipe, sur le principe de « team building ». Ils permettraient davantage d'écoute et de partage, et offriraient à chacun d'identifier une ou plusieurs personne(s) ressource(s) au sein de ses collègues.

D'une manière générale, tous les médecins devraient être encadrés au moins ponctuellement, par exemple dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Ils seraient éduqués à la notion de bien-être au travail, à l'équilibre personnel, et au lâcher prise pour ainsi ne jamais tomber dans la perte de sens voire le non-sens qui peuvent être ressentis lorsque survient le syndrome de burnout. Ils obtiendraient également des éléments de réponse utiles pour eux-mêmes ou leurs collègues.

La bienveillance envers ses pairs permet de remarquer des symptômes précoces d'épuisement professionnel, et d'offrir au principal intéressé la possibilité d'en discuter, et le cas échéant, d'alerter les instances appropriées.

En cas de signes de burnout sévère, chaque praticien en poste ou en devenir doit être à même de se rendre au service de médecine du travail, et de bénéficier d'une aide en urgence.

2. Au niveau individuel

Les médecins se retrouvent, de par leur métier, dans une posture qui ne leur permet pas de tomber dans la vulnérabilité. Ils sont entraînés à tenir coûte que coûte et à lutter contre leurs émotions. Pourtant, le fait de savoir reconnaître ses sentiments et de leur faire face est impératif pour espérer trouver un équilibre personnel et professionnel.

Avoir une capacité d'auto-analyse et connaître l'échelle de ses valeurs est une réelle force pour réussir à se recentrer sur son existence et ses buts dans les moments de doute.

Lorsqu'arrivent des signaux d'alerte et lorsque les limites personnelles qui sont propres à chacun sont sur le point d'être franchies, il est important de se concentrer sur la recherche du plaisir pour pouvoir continuer à avancer. Celui-ci se trouve d'abord à l'extérieur de l'activité professionnelle ; dans les loisirs, le sport, les relations familiales et amicales. La libération de la parole semble être une des clés pour sortir de sa problématique interne.

Ensuite, lorsque le praticien est à nouveau apte à retourner à son activité, il peut retrouver du plaisir à exercer au quotidien et retrouver alors le sens et l'essence de son métier : l'humanité.

Cette convalescence prend du temps et les étapes pour parvenir à la guérison doivent être franchies les unes après les autres. La solution est ainsi au sein de chacun d'entre nous.

C. Épilogue

Le syndrome de burnout peut être grave. Il en va de la vie de la personne atteinte et des personnes prises en charge par elle.

Sans vulgariser ce syndrome et sans vouloir évincer la part de contrainte qui est liée au métier (particulièrement celui de chirurgien, à haute responsabilité et chronophage), il est temps de prendre soin de nous par nous-mêmes et grâce à la bienveillance du compagnonnage.

Le médecin en 2022 revendique son humanité et ses failles. Il a à connaître ses limites qui lui sont propres. A chacun de nous, à l'aide de compétences extérieures mises à notre disposition, de trouver les ressources qui nous permettrons d'être des médecins durables et efficaces.

En tant que victime de syndrome de burnout, il est extrêmement important de savoir en parler, de ne pas culpabiliser, et d'être soutenu.

De plus, il est primordial de se connaître soi-même et de savoir ce qui nous fait du bien pour être en mesure de revenir à soi et de retrouver du sens. En effet, la santé mentale est primordiale pour pouvoir assurer le soin des patients et pour nous assurer une longue carrière.

VI. Annexes

A. Bibliographie

1. Les états d'épuisement « Primum non nocere », Le Concours médical, 1959 (Nov.);23:2675-81.
2. Freudenberger HJ, Richelson G. Burn-out : the high cost of high achievement [Internet]. Garden City, N.Y. : Anchor Press; 1980. <http://archive.org/details/burnouthighcosto00freu>
3. Maslach C. Burned-Out. Human Behavior. 1 sept 1976;9:16-22.
4. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. 1982;
5. Maslach. Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. 2011;
6. Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis. CRC Press; 1998. 240 p.
7. Staff Burnout: Job Stress in the Human Services - Cary Cherniss - Google Livres [Internet]. https://books.google.cm/books/about/Staff_burnout.html?hl=fr&id=XVZqAAAAMAAJ
8. Malakh-Pines A, Aronson E, Kafry D. Burnout: From Tedium to Personal Growth. Free Press; 1981.
9. Reed T. Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. By Jerry Edelman and Archie Brodsky. New York: Human Sciences Press, 1980. NASSP Bulletin. 1 mai 1981;65(445):106-106.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior. 1981;2(2):99-113.
11. burn-out - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. Le Robert. [cité 15 août 2022]. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/burn-out>
12. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2018. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
13. Sebaoun MG. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale du 15/02/17 sur l'épuisement professionnel (ou burn out),. Assemblée Nationale. 2017;
14. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale#:~:text=Selon%20l'OMS%2C%20la%20sant%C3%A9,une%20contribution%20%C3%A0%20la%20communaut%C3%A9%20C2%BB>. Santé Publique France. 2021.
15. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. Clinical Psychology Review. mars 2015;36:28-41.
16. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. Administrative Science Quarterly. 1979;24(2):285-308.
17. Maslach C. Stress, burnout, and workaholism. In: Professionals in distress: Issues, syndromes and solutions in psychology. 1986. p. 53-75.
18. MACHLOWITZ. DETERMINING THE EFFECTS OF WORKAHOLISM. - ProQuest. Yale University ProQuest Dissertations Publishing [Internet]. 1978.

<https://www.proquest.com/openview/e6a43511cc6af344cee73eb2a1ccf908/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

19. Gollac. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. 2007;223.
20. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *AMR*. oct 1993;18(4):621-56.
21. Bianchi R, Truchot D, Laurent E, Brisson R, Schonfeld IS. Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2014;55(4):357-61.
22. Farber BA. Burnout in Psychotherapists: Psychotherapy in Private Practice. 18 avr 1990;8(1):35-44.
23. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*. sept 2001;16(5):501-10.
24. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
25. Dr Marie-Ange Desailly-Chanson D. Établissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. Inspection Générale des Affaires Sociales. Inspection Générale des Affaires Sociales. 2016;1.
26. Franke AG, Bagusat C, Dietz P, Hoffmann I, Simon P, Ulrich R, et al. Use of illicit and prescription drugs for cognitive or mood enhancement among surgeons. *BMC Med*. déc 2013;11(1):102.
27. Kane L. « Death by 1000 Cuts »: Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2021 [Internet]. Medscape. 2021. <https://www.medscape.com/slideshow/2021-lifestyle-burnout-6013456>
28. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med*. 8 oct 2012;172(18):1377.
29. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Annals of Surgery*. juin 2010;251(6):995-1000.
30. Burn-out des médecins, l'autre épidémie mondiale décryptée [Internet]. What's Up Doc. 2021 <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/burn-out-des-medecins-lautre-epidemie-mondiale-decryptee-NUA21>
31. Delphine Chayet. Un médecin français sur deux est en burn-out [Internet]. Le figaro. 2019 <https://sante.lefigaro.fr/article/un-medecin-francais-sur-deux-est-en-burn-out/>
32. LÉA GALANOPOULO. Les deux tiers des étudiants et des internes de médecine sont en burn-out : l'enquête alarmante des structures de jeunes [Internet]. Le Quotidien du Médecin. 2021
33. <https://isni.fr/stop-au-mepris-la-temperature-monte-aussi-chez-les-internes/>. ISNI. 2022.
34. <https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/>. ISNI. 2021.
35. ISNI. Enquête santé mentale des jeunes médecins. Dossier de presse. 2017;99.
36. 480 000 salariés victimes du burn-out en France - La Santé Publique [Internet]. La Santé Publique.

- 2015 [cité 4 sept 2022]. <https://www.lasantepublique.fr/480-000-salaries-victimes-du-burn-out-en-france/>
37. Hallsten L. Burnout and wornout: Concepts and data from a national survey. *Research Companion to Organizational Health Psychology*. 1 janv 2005;516-36.
 38. Kristensen P. Kristensen et al, 2005 | L'inventaire du burnout de Copenhague (CBI) [Internet]. Taylor&Francis. 2005. <https://www.therapiebreve.be/plus/sources/publications/kristensen-et-al-2005-l-inventaire-du-burnout-de-copenhague-cbi>
 39. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe | Semantic Scholar [Internet]. 2008 <https://www.semanticscholar.org/paper/Sant%C3%A9-et-satisfaction-des-soignants-au-travail>
 40. Stress au travail. Conséquences pour l'entreprise - Risques - INRS [Internet]. INRS. 2007 <https://www.inrs.fr/risques/stress/consequences-entreprise.html>
 41. Zawieja P. La mesure du burn out. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015 [cité 16 août 2022]. p. 65-80. <https://www.cairn.info/le-burn-out--9782130633563-p-65.htm>
 42. Nationale A. Proposition de loi n° 516 sur le burnout visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultant de l'épuisement professionnel [Internet]. Assemblée nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b0516_proposition-loi
 43. Titre Ier : PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL (Articles L811-1 à L814-2) - Légifrance [Internet]. Code Général de la Fonction Publique. 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000044416551/LEGISCTA000044423933/
 44. International Labour Office, Labour Administration LI and OS and HB. Stress au travail: un défi collectif. JOURNÉE MONDIALE DE LA SÉCURITÉ ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL 28 AVRIL 2016.
 45. Chati R, Huet E, Grimberg L, Schwarz L, Tuech JJ, Bridoux V. Factors associated With burnout among French digestive surgeons in training: results of a national survey on 328 residents and fellows. *The American Journal of Surgery*. avr 2017;213(4):754-62.
 46. Portier G, Mathonnet M. The workplace quality of life of university hospital digestive surgeons: Results of a 2019 nationwide survey. *Journal of Visceral Surgery*. juin 2022;159(3):201-5.
 47. Coleman DM, Money SR, Meltzer AJ, Wohlauser M, Drudi LM, Freischlag JA, et al. Vascular surgeon wellness and burnout: A report from the Society for Vascular Surgery Wellness Task Force. *Journal of Vascular Surgery*. juin 2021;73(6):1841-1850.e3.
 48. Abduljabbar FH, Teles AR, Ouellet JA, Ferland CE, Wong CC, Barbagallo G, et al. Spine Surgeons Burnout and Quality of Life: Results of a Worldwide Survey. *Spine*. 15 oct 2021;46(20):1418-927.
 49. Beck J, Randall CL, Bassett HK, O'Hara KL, Falco CN, Sullivan EM, et al. Moral Distress in Pediatric Residents and Pediatric Hospitalists: Sources and Association With Burnout. *Academic Pediatrics*. nov 2020;20(8):1198-205.
 50. Kemper KJ, Schwartz A, Wilson PM, Mahan JD, Schubert CJ, Staples BB, et al. Burnout in Pediatric Residents: Three Years of National Survey Data. *Pediatrics*. 1 janv 2020;145(1):e20191030.
 51. Liang S, Zhou W, Zhao Q, Li L. Prevalence and Risk Factors of Burnout Among Chinese Pediatric Orthopaedic Surgeons. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. janv 2021;41(1):e80-4.

52. Carter CW, Talwalkar V, Weiss JM, Schwend RM, Goldberg MJ. Pediatric Orthopaedists Are Not Immune: Characterizing Self-reported Burnout Rates Among POSNA Members. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. juill 2020;40(6):e527.
53. Harper L, Alshammari D, Ferdynus C, Kalfa N. Burnout amongst members of the French-speaking Society of Pediatric and Adolescent Urology (SFUPA). Are there specific risk factors? *J Pediatr Urol*. août 2020;16(4):482-6.
54. Ovalle Diaz J, Gorgen ARH, Teixeira da Silva AG, de Oliveira Paludo A, Timóteo de Oliveira R, Rosito N, et al. Burnout syndrome in pediatric urology: A perspective during the COVID-19 pandemic — Ibero-American survey. *J Pediatr Urol*. juin 2021;17(3):402.e1-402.e7.
55. Bratu I, Heiss K, Mueller C, Winthrop A, Blair G, Moulton CA. Canadian Association of Pediatric Surgeons' state of wellness. *Journal of Pediatric Surgery*. mai 2019;54(5):891-4.
56. Liaqat N, Dar S, Waheed K. Burn Out among the Pediatric Surgeons Of Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2019;(0):1.
57. Jiménez Alvarez C, Morales Torres JL, Martínez Martínez C. [Study of « burnout » syndrome in Spanish pediatric surgeons]. *Cir Pediatr*. avr 2002;15(2):73-8.
58. Cousino MK, Bogle C, Lim HM, McCormick AD, Sturza J, Fredericks EM, et al. Burnout, professional fulfillment, and post-traumatic stress among pediatric solid organ transplant teams. *Pediatr Transplant*. juin 2021;25(4):e14020.
59. Sarosi A, Coakley BA, Berman L, Mueller CM, Rialon KL, Brandt ML, et al. A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric surgeons in the U.S. *Journal of Pediatric Surgery*. août 2021;56(8):1276-84.
60. Katz A, Mallory B, Gilbert JC, Bethel C, Hayes-Jordan AA, Saito JM, et al. State of the practice for pediatric surgery—career satisfaction and concerns. A report from the American Pediatric Surgical Association Task Force on Family Issues. *Journal of Pediatric Surgery*. oct 2010;45(10):1975-82.
61. Rialon KL, Mueller C, Ottosen M, Weintraub AS, Coakley B, Brandt ML, et al. Drivers of distress and well-being amongst pediatric surgeons. *Journal of Pediatric Surgery*. mai 2021;56(5):841-8.
62. Altokhais T, Al Rajhi M, Bawazir O, Almogbel GT, Aljunaydil AI, Alshehri A. Resident satisfaction with the pediatric surgery training program. *BMC Med Educ*. 20 oct 2020;20:375.
63. Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. In: *Evaluating Stress: A Book of Resources*. 1997. p. 191-218.
64. Allen IE, Seaman CA. *Likert Scales and Data Analyses*. 2007;2.
65. Kovess-Masfety V, Saunderson L. Le burnout : historique, mesures et controverses. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. févr 2017;78(1):16-23.
66. Guglielmetti LC, Gingert C, Holtz A, Westkämper R, Lange J, Adamina M. Nationwide Study on Stress Perception Among Surgical Residents. *World J Surg*. 2022;46(7):1609-22.
67. Treluyer L, Tourneux P. Burnout among paediatric residents during the COVID-19 outbreak in France. *Eur J Pediatr*. févr 2021;180(2):627-33.

68. Yu J, Zou F, Sun Y. Job satisfaction, engagement, and burnout in the population of orthopedic surgeon and neurosurgeon trainees in mainland China. *Neurosurgical Focus*. 1 mars 2020;48(3):E3.
69. Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R. Predictors of Persistent Burnout in Internal Medicine Residents: A Prospective Cohort Study. *Academic Medicine*. oct 2010;85(10):1630-4.
70. Faivre G, Kielwasser H, Bourgeois M, Panouilleres M, Loisel F, Obert L. Burnout syndrome in orthopaedic and trauma surgery residents in France: A nationwide survey. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. déc 2018;104(8):1291-5.
71. Lebreton Lerouvillos G. Enquête santé mentale des étudiants et jeunes médecins. *Conseil National de l'Ordre*. 2016;99.
72. Attenello FJ, Buchanan IA, Wen T, Donoho DA, McCartney S, Cen SY, et al. Factors associated with burnout among US neurosurgery residents: a nationwide survey. *Journal of Neurosurgery*. 9 févr 2018;129(5):1349-63.
73. Nakao H, Nomura O, Kubota M, Ishiguro A. Long-term impact of overnight shiftwork implementation on pediatric residents' mental wellness: A repeated cross-sectional survey. *J Occup Health*. 29 juill 2022;64(1):10.1002/1348-9585.12349.
74. Baumgarten C, Michinov E, Rouxel G, Bonneterre V, Gay E, Roche PH. Personal and psychosocial factors of burnout: A survey within the French neurosurgical community. *Useche SA, éditeur. PLoS ONE*. 29 mai 2020;15(5):e0233137.
75. Mordant P, Deneuve S, Rivera C, Carrabin N, Sven Mieog J, Malyshev N, et al. Quality of Life of Surgical Oncology Residents and Fellows Across Europe. *Journal of Surgical Education*. mars 2014;71(2):222-8.
76. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Quality of Life During Orthopaedic Training and Academic Practice: Part 1: Orthopaedic Surgery Residents and Faculty. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume*. oct 2009;91(10):2395-405.
77. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Quality of Life During Orthopaedic Training and Academic Practice: Part 1: Orthopaedic Surgery Residents and Faculty. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume*. oct 2009;91(10):2395-405.
78. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Quality of Life During Orthopaedic Training and Academic Practice: Part 2: Spouses and Significant Others. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 3 oct 2012;94(19):e145.
79. Kang S, Jo HS, Boo YJ, Lee JS, Kim CS. Occupational stress and related factors among surgical residents in Korea. *Ann Surg Treat Res*. 2015;89(5):268.
80. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Quality of Life During Orthopaedic Training and Academic Practice: Part 2: Spouses and Significant Others. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 3 oct 2012;94(19):e145.
81. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and Career Satisfaction Among American Surgeons. *Annals of Surgery*. sept 2009;250(3):463-71.

82. McAbee JH, Ragel BT, McCartney S, Jones GM, Michael LM, DeCuypere M, et al. Factors associated with career satisfaction and burnout among US neurosurgeons: results of a nationwide survey. *JNS*. juill 2015;123(1):161-73.
83. Qureshi HA, Rawlani R, Mioton LM, Dumanian GA, Kim JYS, Rawlani V. Burnout Phenomenon in U.S. Plastic Surgeons: Risk Factors and Impact on Quality of Life. *Plastic and Reconstructive Surgery*. févr 2015;135(2):619-26.
84. Faivre G, Marillier G, Nallet J, Nezelof S, Clment I, Obert L. Are French orthopedic and trauma surgeons affected by burnout? Results of a nationwide survey. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. avr 2019;105(2):395-9.
85. Kuerer HM, Eberlein TJ, Pollock RE, Huschka M, Baile WF, Morrow M, et al. Career Satisfaction, Practice Patterns and Burnout among Surgical Oncologists: Report on the Quality of Life of Members of the Society of Surgical Oncology. *Ann Surg Oncol*. 15 oct 2007;14(11):3043-53.
86. Kejner AE, Patel R, McMullen C, Sykes KJ, Shnyder Y. Burnout in microvascular reconstructive otolaryngology – head and neck surgeons: Potential modifiable workplace factors. *Head & Neck*. 2021;43(11):3522-9.
87. Dyrbye LN, Freischlag J, Kaups KL, Oreskovich MR, Satele DV, Hanks JB, et al. Work-Home Conflicts Have a Substantial Impact on Career Decisions That Affect the Adequacy of the Surgical Workforce. *Arch Surg* [<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archsurg.2012.835>]
88. Balch CM, Shanafelt TD, Sloan JA, Satele DV, Freischlag JA. Distress and Career Satisfaction Among 14 Surgical Specialties, Comparing Academic and Private Practice Settings. *Annals of Surgery*. oct 2011;254(4):558-68.
89. Kang SH, Boo YJ, Lee JS, Han HJ, Jung CW, Kim CS. High Occupational Stress and Low Career Satisfaction of Korean Surgeons. *J Korean Med Sci*. 2015;30(2):133.
90. Oreskovich MR. Prevalence of Alcohol Use Disorders Among American Surgeons. *Arch Surg*. 1 févr 2012;147(2):168.
91. Patti MG, Schlottmann F, Sarr MG. The Problem of Burnout Among Surgeons. *JAMA Surg*. 1 mai 2018;153(5):403.
92. Hudson P, James K, Von Bargen E. Professional Burnout Survey for Practicing Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgeons: A Cross-sectional Study. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*. févr 2021;27(2):e326.
93. Wall M, Schenck-Gustafsson K, Minucci D, Sendén MG, Løvseth LT, Fridner A. Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden – a cross-sectional study. *BMC Psychol*. déc 2014;2(1):53.
94. Épreuves Classantes Nationales : données statistiques et outils d'analyse [Internet]. Medshake. 2022. <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/>
95. Shakir HJ, McPheeters MJ, Shallwani H, Pittari JE, Reynolds RM. The Prevalence of Burnout Among US Neurosurgery Residents. *Neurosurgery*. 1 sept 2018;83(3):582-90.

96. Janko MR, Smeds MR. Burnout, depression, perceived stress, and self-efficacy in vascular surgery trainees. *Journal of Vascular Surgery*. avr 2019;69(4):1233-42.
97. Esposito AC, Coppersmith NA, White EM, Papageorge MV, DiSiena M, Hess DT, et al. Update on the Personal and Professional Well-Being of Surgical Residents in New England. *J Am Coll Surg*. 1 sept 2022;235(3):510-8.
98. Baker S, Gleason F, Lovasik B, Sandhu G, Cortez A, Hildreth A, et al. Relationship between burnout and mistreatment: Who plays a role? *The American Journal of Surgery*. 1 déc 2021;222(6):1060-5.
99. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *N Engl J Med*. 31 oct 2019;381(18):1741-52.
100. Marchalik D, Goldman CC, Carvalho FFL, Talso M, Lynch JH, Esperto F, et al. Resident burnout in USA and European urology residents: an international concern. *BJU International*. 1 août 2019;124(2):349-56.
101. Chaput B, Bertheuil N, Jacques J, Smilevitch D, Bekara F, Soler P, et al. Professional Burnout Among Plastic Surgery Residents: Can it be Prevented? Outcomes of a National Survey. *Annals of Plastic Surgery*. juill 2015;75(1):2-8.
102. Rua C, Body G, Marret H, Ouldamer L. Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel parmi les internes de gynécologie-obstétrique et facteurs associés. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. janv 2015;44(1):83-7.
103. Roumiquié M, Gamé X, Bernhard JC, Bigot P, Koutlidis N, Xylinas E, et al. Les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel ? Évaluation par le Maslach Burn-out Inventory (MBI). *Progrès en Urologie*. oct 2011;21(9):636-41.
104. Ferguson C, Low G, Shiau G. Resident physician burnout: insights from a Canadian multispecialty survey. *Postgraduate Medical Journal*. 1 juin 2020;96(1136):331-8.
105. Brunsberg KA, Landrigan CP, Garcia BM, Petty CR, Sectish TC, Simpkin AL, et al. Association of Pediatric Resident Physician Depression and Burnout With Harmful Medical Errors on Inpatient Services. *Acad Med*. août 2019;94(8):1150-6.
106. Galam E, Vauloup Soupault C, Bunge L, Buffel du Vaure C, Boujut E, Jaury P. 'Intern life': a longitudinal study of burnout, empathy, and coping strategies used by French GPs in training. *BJGP Open*. 2017;1(2):bjgpopen17X100773.
107. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. mars 2013;63(608):e217-24.
108. Golub JS, Weiss PS, Ramesh AK, Ossoff RH, Johns MM. Burnout in Residents of Otolaryngology???Head and Neck Surgery: A National Inquiry into the Health of Residency Training: *Academic Medicine*. juin 2007;82(6):596-601.
109. Chow OS, Sudarshan M, Maxfield MW, Seese LM, Watkins AA, Fleishman A, et al. National Survey of Burnout and Distress Among Cardiothoracic Surgery Trainees. *Ann Thorac Surg*. juin 2021;111(6):2066-71.

110. Copeland AE, Mackinnon V, Axelrod DE, Farrokhyar F, Avram R, Coroneos CJ. Job Satisfaction Among Plastic Surgery Residents in Canada. *Plast Surg (Oakv)*. mai 2022;30(2):151-8.
111. Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité - Légifrance [Internet]. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000228343/>
112. Observatoire National du Suicide. 5ème rapport - 06/09/22.
113. Jesse MT, Abouljoud M, Eshelman A. Determinants of Burnout Among Transplant Surgeons: A National Survey in the United States: Burnout Among Transplant Surgeons. *American Journal of Transplantation*. mars 2015;15(3):772-8.
114. Lam C, Kim Y, Cruz M, Vidimos AT, Billingsley EM, Miller JJ. Burnout and resiliency in Mohs surgeons: A survey study. *Int J Womens Dermatol*. 18 janv 2021;7(3):319-22.
115. Streu R, Hansen J, Abrahamse P, Alderman AK. Professional Burnout Among US Plastic Surgeons: Results of a National Survey. *Annals of Plastic Surgery*. mars 2014;72(3):346-50.
116. Porto GG, Carneiro SC, Vasconcelos BC, Nascimento MM, Leal JLF. Burnout syndrome in oral and maxillofacial surgeons: a critical analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. juill 2014;43(7):894-9.
117. Balch CM, Shanafelt TD, Sloan JA, Satele DV, Freischlag JA. Distress and Career Satisfaction Among 14 Surgical Specialties, Comparing Academic and Private Practice Settings. *Annals of Surgery*. oct 2011;254(4):558-68.
118. Balch CM, Shanafelt TD, Dyrbye L, Sloan JA, Russell TR, Bechamps GJ, et al. Surgeon Distress as Calibrated by Hours Worked and Nights on Call. *Journal of the American College of Surgeons*. nov 2010;211(5):609-19. :

B. Illustrations et tableaux

| | |
|---|----|
| TABLEAU 1 : SCORES AUX QUESTIONS DU MBI | 25 |
| TABLEAU 2 : QUESTIONS COMPOSANT LES SOUS-EHELLES DU MBI | 25 |
| TABLEAU 3 : SEUILS PATHOLOGIQUES POUR LES SOUS-EHELLES DU MBI | 26 |
| TABLEAU 4 : SCORES DE GRAVITE DE SYNDROME DE BURNOUT SELON LE MBI | 26 |
| TABLEAU 5 : POSTES POURVUS EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE EN FRANCE ENTRE 2018 ET 2021 | 30 |
| TABLEAU 6 : DONNEES DEMOGRAPHIQUES DES INTERNES | 31 |
| TABLEAU 7 : SCORES DES TROIS SOUS-EHELLES DU MBI DES INTERNES | 32 |
| TABLEAU 8 : SCORES DU MBI DES INTERNES | 33 |
| TABLEAU 9 : DONNEES EN RAPPORT AVEC LE TRAVAIL DES INTERNES | 35 |
| TABLEAU 10 : SATISFACTION DES INTERNES | 36 |
| TABLEAU 11 : DONNEES SUR LA VIE FAMILIALE DES INTERNES | 38 |
| TABLEAU 12 : ÉTAT DE SANTE DES INTERNES | 40 |
| TABLEAU 13 : TROUBLES DU SOMMEIL DES INTERNES | 42 |
| TABLEAU 14 : CONSOMMATION DE TOXIQUES DES INTERNES | 43 |
| TABLEAU 15 : SCORES MBI MODERE A SEVERE DES INTERNES, ANALYSE UNIVARIEE | 45 |
| TABLEAU 16 : ÉPUISEMENT EMOTIONNEL SEVERE DES INTERNES, ANALYSE UNIVARIEE | 45 |
| TABLEAU 17 : DIMINUTION SEVERE DE L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL DES INTERNES, ANALYSE UNIVARIEE | 46 |
| TABLEAU 18 : SCORES MBI MODERES A SEVERES DES INTERNES, ANALYSE MULTIVARIEE | 46 |
| TABLEAU 19 : EPUISEMENT EMOTIONNEL SEVERE DES INTERNES, ANALYSE MULTIVARIEE | 47 |
| TABLEAU 20 : DIMINUTION SEVERE DE L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL DES INTERNES, ANALYSE MULTIVARIEE | 48 |
| TABLEAU 21 : DEMOGRAPHIE DES CHIRURGIENS PEDIATRES FRANÇAIS EN 2022 (DREES) | 50 |
| TABLEAU 22 : DONNEES DEMOGRAPHIQUES DES SENIORS | 51 |
| TABLEAU 23 : SOUS-EHELLES DU MBI DES SENIORS | 52 |
| TABLEAU 24 : SCORES MBI DES SENIORS | 53 |
| TABLEAU 25 : DONNEES DE TRAVAIL DES SENIORS | 55 |
| TABLEAU 26 : DONNEES FAMILIALES DES SENIORS | 56 |
| TABLEAU 27 : ÉTAT DE SANTE DES SENIORS | 58 |
| TABLEAU 28 : TROUBLES DU SOMMEIL DES SENIORS | 60 |
| TABLEAU 29 : CONSOMMATION DE TOXIQUES DES SENIORS | 61 |
| TABLEAU 30 : MBI MODERE A SEVERE DES SENIORS, ANALYSE UNIVARIEE | 63 |
| TABLEAU 31 : ÉPUISEMENT EMOTIONNEL SEVERE DES SENIORS, ANALYSE UNIVARIEE | 63 |
| TABLEAU 32 : DEPERSONNALISATION SEVERE DES SENIORS, ANALYSE UNIVARIEE | 64 |
| TABLEAU 33 : DIMINUTION SEVERE DE L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL DES SENIORS, ANALYSE UNIVARIEE | 64 |

| | |
|---|-----|
| TABLEAU 34 : MBI MODERE A SEVERE DES SENIORS, ANALYSE MULTIVARIEE | 65 |
| TABLEAU 35 : ÉPUISEMENT EMOTIONNEL SEVERE DES SENIORS, ANALYSE MULTIVARIEE | 66 |
| TABLEAU 36 : DEPERSONNALISATION SEVERE DES SENIORS, ANALYSE MULTIVARIEE | 66 |
| TABLEAU 37 : DIMINUTION SEVERE DE L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL DES SENIORS, ANALYSE MULTIVARIEE | 67 |
| TABLEAU 38 : MBI GLOBAL ET SOUS-EHELLES PATHOLOGIQUES, INTERNES ET SENIORS | 68 |
| TABLEAU 39 : MBI MODERE A SEVERE, INTERNES ET SENIORS, ANALYSE UNIVARIEE | 69 |
| TABLEAU 40 : ÉPUISEMENT EMOTIONNEL SEVERE, INTERNES ET SENIORS, ANALYSE UNIVARIEE | 69 |
| TABLEAU 41 : DEPERSONNALISATION SEVERE, INTERNES ET SENIORS, ANALYSE UNIVARIEE | 70 |
| TABLEAU 42 : DIMINUTION SEVERE DE L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL, INTERNES ET SENIORS, UNIVARIEE | 70 |
| TABLEAU 43 : MBI MODERE A SEVERE, INTERNES ET SENIORS, ANALYSE MULTIVARIEE | 71 |
| TABLEAU 44 : ÉPUISEMENT EMOTIONNEL SEVERE, INTERNES ET SENIORS, ANALYSE MULTIVARIEE | 71 |
| TABLEAU 45 : DEPERSONNALISATION SEVERE, INTERNES ET SENIORS, ANALYSE MULTIVARIEE | 72 |
| TABLEAU 46 : DIMINUTION SEVERE DE L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL, INTERNES ET SENIORS, MULTIVARIEE | 72 |
| TABLEAU 47 : SCORE MBI DES INTERNES, RESULTATS DE LA LITTERATURE, SPECIALITES CHIRURGICALES | 75 |
| TABLEAU 48 : SCORE MBI DES INTERNES, RESULTATS DE LA LITTERATURE, SPECIALITES MEDICALES | 76 |
| TABLEAU 49 : FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT DES INTERNES DANS LA LITTERATURE | 79 |
| TABLEAU 50 : CONSEIL OU CHOIX DE CARRIERE DES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 81 |
| TABLEAU 51 : TEMPS DE TRAVAIL MOYEN DES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 82 |
| TABLEAU 52 : NOMBRE MOYEN DE GARDES DES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 83 |
| TABLEAU 53 : REPOS DE GARDE SYSTEMATIQUE DES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 83 |
| TABLEAU 54 : HARCELEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 84 |
| TABLEAU 55 : ERREUR MEDICALE CHEZ LES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 85 |
| TABLEAU 56 : SATISFACTION SALARIALE DES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 85 |
| TABLEAU 57 : DONNEES DE SANTE DES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 87 |
| TABLEAU 58 : SPORTS ET LOISIRS DES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 88 |
| TABLEAU 59 : CONSOMMATION DE DROGUES ET SUBSTANCES DES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 89 |
| TABLEAU 60 : IDEES SUICIDAIRES CHEZ LES INTERNES, REVUE DE LA LITTERATURE | 90 |
| TABLEAU 61 : RESULTATS AU SCORE MBI CHEZ LES SENIORS, REVUE DE LA LITTERATURE | 93 |
| TABLEAU 62 : FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT ET SES COMPOSANTES, REVUE DE LA LITTERATURE | 95 |
| TABLEAU 63 : TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE DES CHIRURGIENS SENIORS, REVUE DE LA LITTERATURE | 96 |
| TABLEAU 64 : NOMBRE DE GARDES DES SENIORS DANS LA LITTERATURE | 97 |
| TABLEAU 65 : INTERFERENCES VIES PROFESSIONNELLE / PRIVEE, SENIORS, REVUE DE LA LITTERATURE | 99 |
| TABLEAU 66 : SUBSTANCES UTILISEES PAR LES SENIORS, REVUE DE LA LITTERATURE | 100 |
| TABLEAU 67 : IDEES SUICIDAIRES DES SENIORS, REVUE DE LA LITTERATURE | 101 |

| | |
|--|----|
| FIGURE 1 : INTERACTIONS ENTRE LES TROIS COMPOSANTES DU BURNOUT SELON MASLACH..... | 9 |
| FIGURE 2 : ÉTAPES DU BURNOUT PAR EDELWHICH ET BROSKY..... | 11 |
| FIGURE 3 : SCHEMA DU JOB STRAIN SELON KARASEK | 13 |
| FIGURE 4 : INTERACTIONS ENTRE BURNOUT, RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET SYMPTOMES PSYCHIQUES | 21 |
| FIGURE 5 : DIAGRAMME DU RISQUE GLOBAL DE BURNOUT, TOUS INTERNES..... | 34 |
| FIGURE 6 : SATISFACTION ENSEIGNEMENT THEORIQUE, TOUS INTERNES..... | 37 |
| FIGURE 7 : SATISFACTION ENSEIGNEMENT PRATIQUE, TOUS INTERNES..... | 37 |
| FIGURE 8 : CONSEIL DE CARRIERE EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE, INTERNES..... | 39 |
| FIGURE 9 : CONSEIL DE CARRIERE EN MEDECINE, INTERNES..... | 39 |
| FIGURE 10 : ÉTAT DE SANTE DES INTERNES | 41 |
| FIGURE 11 : RISQUE DE SYNDROME DE BURNOUT DES SENIORS..... | 54 |
| FIGURE 12 : CONSEIL DE CARRIERE EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE, SENIORS..... | 57 |
| FIGURE 13 : CONSEIL DE CARRIERE EN MEDECINE, SENIORS | 57 |
| FIGURE 14 : ÉTAT DE SANTE DES SENIORS | 59 |

C. Questionnaires

a) Internes

Ce formulaire comporte 5 parties, et 50 questions au total.

Rubrique 1 sur 5 : Questions démographiques

- Vous êtes ?
 - Un homme / une femme
- Quel est votre âge ?
 - Moins de 25 ans / 25-30 ans / plus de 30 ans
- En quel semestre êtes-vous ?
 - Phase socle (1-2) / phase d'approfondissement (3-8) / phase de consolidation (8 et plus)
- Quelle est votre surspécialité ?
 - Orthopédie / viscérale
- Quel est votre statut marital ?
 - Célibataire / marié pacsé ou en concubinage
- Avez-vous des enfants ?
 - Oui / non

Rubrique 2 sur 5 : Score Maslach Burnout Inventory

Score composé de 22 questions. Un seul choix possible parmi : jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, chaque jour

1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail
2. Je me sens "à bout" à la fin de ma journée de travail
3. Je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades
8. Je sens que je craque à cause de mon travail
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
12. Je me sens plein(e) d'énergie
13. Je me sens frustré(e) par mon travail
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades
18. Je me sens ragaillardé(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
20. Je me sens au bout du rouleau
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Rubrique 3 sur 5 : Questions liées à la pratique professionnelle

- Par semaine en moyenne, combien d'heures travaillez-vous ? Travail présentiel et universitaire
 - Moins de 35 heures / 35-48 heures / 48-60h / plus de 60h
- Par semaine en moyenne, combien d'heures passez-vous au bloc opératoire ?
 - Réponse courte
- Vous arrive-t-il de ne pas bénéficier de vos repos de garde ?
 - Oui / non
- Par mois en moyenne, combien de gardes ou astreintes effectuez-vous ?
 - Réponse courte
- Par an en moyenne, combien de jours de congés prenez-vous ?
 - Réponse courte
- Pensez-vous avoir été à l'origine d'une erreur médicale ces trois derniers mois ?
 - Oui / non

- Comment évaluez-vous votre formation théorique durant votre internat ?
 - Très satisfaisante / satisfaisante / insatisfaisante / très insatisfaisante
- Comment évaluez-vous votre formation pratique durant votre internat ?
 - Très satisfaisante / satisfaisante / insatisfaisante / très insatisfaisante
- Considérez-vous avoir eu, au sein de votre formation, un ou plusieurs mentor(s) ?
 - Oui / non
- Sur le plan financier, êtes-vous satisfait de votre salaire par rapport au travail fourni ?
 - Très satisfait / satisfaisant / insatisfaisant / très insatisfait
- Arrive-t-il que les obligations de votre travail interfèrent sur votre vie familiale ?
 - Jamais / quelquefois / souvent / très souvent
- Recommanderiez-vous votre choix de carrière en chirurgie pédiatrique à vos enfants ou vos proches ?
 - Oui / non
- Recommanderiez-vous à vos enfants une carrière en médecine ?
 - Oui / non

Rubrique 4 sur 5 : Questions sur la santé personnelle

- Avez-vous des problèmes de sommeil ?
 - Plusieurs réponses possibles : difficultés d'endormissement / réveils nocturnes fréquents / réveil précoce / sommeil non réparateur / sensation de manque de sommeil / aucun problème de sommeil
- Avez-vous besoin de prendre des médicaments pour bien dormir ?
 - Oui / non
- Consommez-vous les substances suivantes ?
 - Plusieurs réponses possibles : tabac régulier / alcool régulier / cannabis régulier / cocaïne ou autres drogues récréatives régulières / médicaments à visée psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques) / aucune de ces réponses
- Comment considérez-vous globalement votre état de santé ?
 - Excellent / bon / moyen / mauvais
- Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive ou loisir ?
 - Rarement ou jamais / une fois par semaine / deux à trois fois par semaine / trois fois par semaine
- Avez-vous eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois ?
 - Oui / non
- Avez-vous déjà connu une situation de harcèlement au travail de quelque type qu'il soit ?
 - Si oui, avez-vous trouvé un interlocuteur aidant au sein de votre travail ?
 - Oui / non

Rubrique 5 sur 5 : Témoignage libre, facultatif

Vous pouvez écrire ici un commentaire, une suggestion, une question, ou tout ce que vous voulez

b) Seniors

Ce questionnaire comporte 47 questions.

Rubrique 1 sur 5 : Questions démographiques

- Vous êtes ?
 - o Un homme / une femme
- Quel est votre âge ?
 - o 30-40 ans
 - o 40-50 ans
 - o 50-60 ans
 - o Plus de 60 ans
- Quelle est votre spécialité ?
 - o Orthopédie
 - o Viscérale
 - o Plastique
 - o Neurochirurgie
 - o Maxillo-faciale
 - o Cardio-thoracique
- Dans quel type de structure exercez-vous ?
 - o CHRU
 - o Hôpital périphérique
 - o Secteur privé
 - o Activité partagée
- Quel est votre type d'exercice ?
 - o Temps complet
 - o Temps partiel
- Depuis combien d'années exercez-vous en tant que praticien senior ?
 - o Moins de 5 ans
 - o 5-20 ans
 - o Plus de 20 ans
- Quel est votre statut marital ?
 - o Célibataire
 - o Marié PACSé ou en concubinage
 - o Séparé ou divorcé
- Combien avez-vous d'enfants ?
 - o Aucun
 - o Un ou deux
 - o Trois ou plus

Rubrique 2 sur 5 : Score Maslach Burnout Inventory

Score composé de 22 questions. Un seul choix possible parmi : jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, chaque jour

1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail
2. Je me sens "à bout" à la fin de ma journée de travail
3. Je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades
8. Je sens que je craque à cause de mon travail
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
12. Je me sens plein(e) d'énergie
13. Je me sens frustré(e) par mon travail
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
20. Je me sens au bout du rouleau
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Rubrique 3 sur 5 : Questions liées à la pratique professionnelle

- Par semaine en moyenne, combien d'heures travaillez-vous ? Travail présentiel et universitaire
 - Moins de 35 heures
 - 35-48 heures
 - 48-60 heures
 - Plus de 60 heures
- Par mois en moyenne, combien de gardes ou astreintes effectuez-vous ?
 - Réponse courte
- Par an en moyenne, combien de semaines de congés prenez-vous ?
 - Réponse courte
- Par an en moyenne, combien d'interventions effectuez-vous ?
 - Réponse courte
- Pensez-vous avoir été à l'origine d'une erreur médicale ces trois derniers mois ?
 - Oui / non
- Sur le plan financier, êtes-vous satisfait de votre salaire par rapport au travail fourni ?
 - Très satisfait / satisfaisant / insatisfaisant / très insatisfait

- Arrive-t-il que les obligations de votre travail interfèrent sur votre vie familiale ?
 - o Jamais / quelquefois / souvent / très souvent
- Recommanderiez-vous votre choix de carrière en chirurgie pédiatrique à vos enfants ou vos proches ?
 - o Oui / non
- Recommanderiez-vous à vos enfants des études de médecine ?
 - o Oui / non

Rubrique 4 sur 5 : Questions sur la santé personnelle

- Avez-vous des problèmes de sommeil ?
 - Plusieurs réponses possibles : difficultés d'endormissement / réveils nocturnes fréquents / réveil précoce / sommeil non réparateur / sensation de manque de sommeil / aucun problème de sommeil
- Avez-vous besoin de prendre des médicaments pour bien dormir ?
 - Oui / non
- Consommez-vous les substances suivantes ?
 - Plusieurs réponses possibles : tabac régulier / alcool régulier / cannabis régulier / cocaïne ou autres drogues récréatives régulières / médicaments à visée psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques) / aucune de ces réponses
- Comment considérez-vous globalement votre état de santé ?
 - Excellent / bon / moyen / mauvais
- Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive ou loisir ?
 - Rarement ou jamais / une fois par semaine / deux à trois fois par semaine / trois fois par semaine
- Avez-vous eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois ?
 - Oui / non
- Avez-vous déjà connu une situation de harcèlement au travail de quelque type qu'il soit ?
 - Si oui, avez-vous trouvé un interlocuteur aidant au sein de votre travail ?

Rubrique 5 sur 5 : Témoignage libre, facultatif

Vous pouvez écrire ici toute remarque ou question !

D. Témoignages libres

a) Internes

« L'équilibre vie personnelle / vie professionnelle est fondamental pour exercer ce métier au long terme. La sanction le cas échéant est l'arrêt pur et simple de cette activité. Cet équilibre est obtenu par l'auto-adaptation car les aides extérieures sont inefficaces. »

« Pendant les gardes de porte, je suis la pire version de moi-même : c'est là que je me mets à traiter les patients comme des objets. A part ça, j'aime bien mon métier. »

« Merci de faire ce travail qui je l'espère va aider à mettre à jour les difficultés de notre travail aussi formidable soit-il. »

« Les personnes en burnout ne manquent pas. J'ai moi-même vécu le harcèlement moral au cours de mon internat, actuellement j'ai un co-interne en dépression sous traitement et encore un drame avec suicide récent d'un jeune CCA de chirurgie dans le CHU où je travaille. Il faut que les choses changent cela devient urgent ! Merci. »

b) Seniors

« Avoir un métier qui a du sens m'a beaucoup aidée. Avoir des enfants m'a sauvée d'un investissement professionnel trop excessif. Avoir des passions en dehors de la médecine était salutaire. Finalement je cloisonne beaucoup ma vie et je pense que cela a contribué à mon équilibre personnel. »

« Un arrêt de travail de 6 semaines pour surmenage professionnel, suivi psychologique régulier, démarche personnelle, participation à des groupes d'analyse des pratiques professionnelles relationnelles, pauvreté des propositions institutionnelles sur le mal-être du personnel médical au travail. Merci !!!! »

« 2 arrêts de travail pour burnout dans ma carrière :

- l'un au début : travail à temps complet dans une petite équipe avec surcharge de travail avec énormément d'astreintes et 2 enfants en bas âge, sans la reconnaissance et la compréhension de la charge physique et mentale qu'être parents de jeunes enfants occasionne en plus

- l'un plus récent à la suite d'une situation de harcèlement par un supérieur. »

« Travail difficile, peu rémunérateur si on ne fait pas d'activité libérale dans un CHU. Une fois qu'on peut trouver un équilibre familial sans trop se faire envahir, ça reste un des plus beaux métiers du monde ! »

« On doit subir non seulement la dégradation du système hospitalier mais en plus cela permet la sélection de chefs narcissiques qui n'agissent que pour eux, leurs positions de pouvoir et pas en faveur de l'avenir de la spécialité. Cela crée des situations de stress énormes avec accentuation du risque de burnout. »

« 72 ans toujours heureux au travail en libéral ; je transfère au CHU les interventions qui deviennent maintenant trop stressantes pour moi ; un projet de publication actuellement en cours... »

« Aucun problème avec les patients et mes collègues. Ce qui épuise c'est la lourdeur administrative, la bêtise de l'encadrement et le manque de soutien. »

« Importance d'avoir une équipe pour échanger, discuter, partager les cas lourds ! »

« Pour ma part je suis très épanouie dans mon travail qui est une de mes raisons de vivre. »

« J'ai fait un vrai burnout en 2015, je vais beaucoup mieux, mais je me sens encore fragile. »

« J'ai répondu en jugeant de mon état actuel, qui résulte d'aménagements conséquents de mes modalités d'exercice (quantitativement et qualitativement), après un burnout qui m'a forcée à arrêter la chirurgie pendant un an. »

« La situation se dégrade gravement depuis 6 mois pour mon cas, pas de temps pour le sport le loisir ou trop fatigué pour cela, grande irritation vis à vis de mes enfants avec des réactions disproportionnées par rapport à leur petites bêtises... Malgré les difficultés, tendance générationnelle à penser que l'on travaille trop... Amélioration des conditions travail des plus jeunes mais pas des plus vieux. »

« Ma situation est particulière car j'ai quitté un CHU pour une installation libérale. J'ai donc rempli ce questionnaire avec ma nouvelle activité, il est fort probable que si je l'avais rempli avant, les réponses auraient été différentes tant les difficultés institutionnelles du CHU où j'étais nous rendaient la vie difficile. »

« Il existe une inadéquation de plus en plus importante entre les tâches multiples (hospitalières, universitaires, administratives) qu'on nous impose de gérer et les moyens humains et matériels toujours moindres, sans jamais nous laisser entrevoir la possibilité d'une quelconque amélioration... »

« On vient de me mettre en arrêt de travail pour burnout, c'est la première fois de ma vie. J'ai été choqué par le parcours du combattant pour trouver un médecin généraliste qui prend de nouveaux patients. Dur d'entendre une secrétaire vous expliquer que le médecin ne prend pas de patient pour burnout car il en a déjà trop, alors que vous êtes en pleurs au bout de la ligne. Je comprends alors certains passages à l'acte. »

« J'ai quitté le monde hospitalier suite à un grave burnout en 2012. Je travaillais en milieu universitaire et étais professeur (avec charge d'enseignement et recherche clinique). Actuellement, je consulte en cabinet privé. J'ai 2 casquette professionnelles : chirurgie pédiatrique et coaching-hypnose. »

« J'ai pratiqué longtemps dans le public puis dans le privé. Les 2 sont épuisants pour des raisons différentes. Dans le public, il faut se battre contre le système, dans le privé il faut assumer seul. Dans les 2 cas, la nombre de gardes ou d'astreintes est un facteur très aggravant de l'usure car cela empêche le repos hebdomadaire plus que souhaitable et cela dure sans limite d'âge ! »

« J'ai décompensé pendant mon internat avec un impact irréversible sur ma vie familiale. Je ne suis pas satisfaite de ma situation professionnelle actuelle avec une mauvaise qualité d'exercice, une grande frustration car aucune perspective d'évolution de carrière. Je ne suis pas la seule dans mon service mais nous ne pouvons que nous lamenter ensemble sans aucune aide extérieure pour sortir de cette situation de surcharge professionnelle et cognitive quotidienne. »

« Comme tous les PH : ras le bol de faire tourner les hôpitaux pour un salaire à faire pleurer (eu égard au nombre d'heures et aux responsabilités) et de faire face à une administration déconnectée de la réalité du

terrain, appliquant des décisions prises par des groupes de travail qui n'ont jamais mis un pied dans un hôpital. Bon courage »

« Je suis aujourd'hui en fin de carrière, ce qui me permet de prendre du recul par rapport à ma situation professionnelle. J'ai déjà rempli des questionnaires de ce type et je montrais clairement des signes de burnout dans le passé, mais avec le temps les choses s'arrangent. Moins de travail, la disparition progressive au sein du CHU des individus néfastes (tant administratifs que médicaux) et une certaine reconnaissance du travail accompli sont évidemment des points positifs. Cela a parfois été très difficile, le machisme n'y était pas pour rien. Aujourd'hui je trouve que cela reste un beau métier, juste difficile... »

« J'ai exercé pendant 22 ans dans un CHU, je me suis installé il y a cinq ans en privé dans une clinique. Le mode d'exercice est différent ainsi que les problèmes qui peuvent être posés. Mes réponses sont en rapport avec mon activité actuelle en clinique. La réponse à ces mêmes questions serait complètement différente si je répondais concernant mon activité dans le public au CHU. Bravo pour ce travail, qui j'espère sera utile aux plus jeunes pour apprendre dès le début de la carrière à bien ménager des espaces personnels de respiration, trouver des aides en équipe pour ne pas se sentir "sous l'eau" ; nous avons un magnifique métier et il ne faudrait pas que le rouleau compresseur hospitalier fasse renoncer ceux ou celles qui s'y sont engagé(es). »

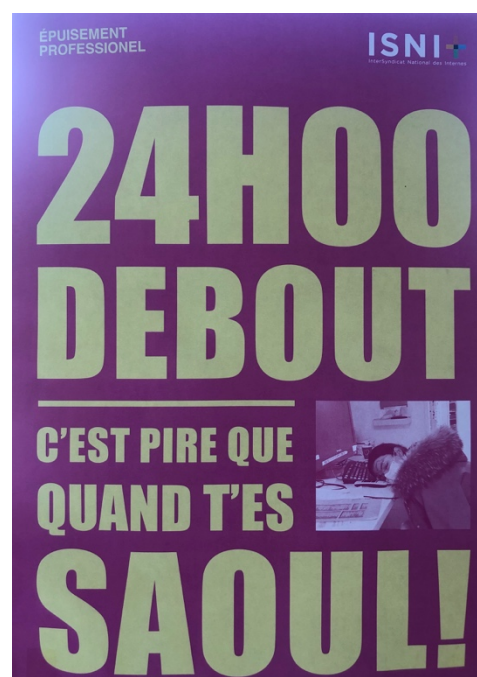
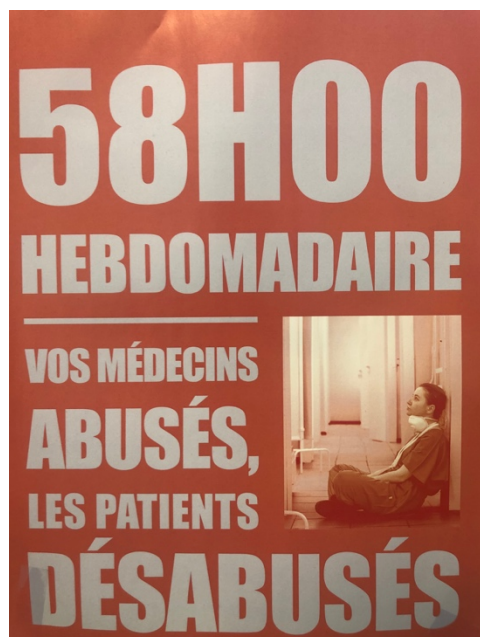
« Le milieu professoral est nocif et écoeure toute une génération à vouloir poursuivre une activité publique, ou même à vouloir poursuivre une carrière chirurgicale. »

« La charge de travail est une chose, mais la lourdeur de l'administratif, l'inertie, la surcharge de mails et de courriers, les réunions inutiles et le mille-feuilles inefficent de la bureaucratie hospitalière... Tous ces points sont à mon sens plus à l'origine du burnout que l'essence même de notre travail. Pour ma part, mon remède est de négliger tous ces aspects et de me focaliser sur mon activité de chirurgien : je consulte, j'opère, je fais la visite et j'assure la permanence des soins sur mes astreintes. Je laisse très loin de moi la mascarade du CHU. Pour l'instant, je tiens le coup... »

« Je suis d'une génération où nous étions très peu de femmes en chirurgie, j'ai été élevée à la "marche ou crève", j'ai appris à serrer les dents et ai donc probablement une capacité à supporter un certain nombre de choses.... Mais j'ai vu les conditions de travail se dégrader, une charge administrative augmenter, on en demande toujours plus aux médecins et des écarts de considération et de salaire se creusent. »

E. Divers

Les images suivantes sont publiées par l'ISNI :



AUTEURE : Nom : Bischoff

Prénom : Aline

Date de soutenance : 26/10/2022

Titre de la thèse : Syndrome de burnout en chirurgie pédiatrique en France. Évaluation de la prévalence et des facteurs associés. Résultats d'une enquête nationale portant sur les internes en formation et les praticiens seniors.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Chirurgie

DES + FST/option : Chirurgie pédiatrique orthopédique

Mots-clés : Burnout / Maslach Burnout Inventory / Chirurgie pédiatrique

Résumé :

Introduction :

Le burnout est une pathologie touchant les professions impliquées dans une relation d'aide comme les métiers de la santé. De nombreuses études ont été publiées dans diverses spécialités. Pour autant, ce syndrome n'a pas été évalué chez les chirurgiens pédiatriques français. Aussi, nous avons réalisé une étude afin d'évaluer la prévalence du burnout au sein de cette population, et d'en déterminer les facteurs associés.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une enquête nationale transversale portant sur les chirurgiens pédiatriques français, internes et seniors, toutes surspécialités confondues. Un questionnaire numérisé a été diffusé par e-mail. Le syndrome de burnout était évalué par le score MBI (Maslach Burnout Inventory), validé internationalement, qui explore les 3 symptômes : épuisement émotionnel (EE), dépersonnalisation (DP), diminution de l'accomplissement personnel (DAP). Des données démographiques et sur la pratique professionnelle étaient également recueillies.

Résultats :

Quatre-vingt-quinze internes et cent soixante-et-un seniors de chirurgie pédiatrique ont participé, soit des taux de participation de 78,6 et 44,5%. Vingt-cinq pour cent des internes et 13% des seniors présentaient des symptômes de burnout modéré à sévère. De plus, au moins un symptôme de burnout était retrouvé chez 58,5% des internes et 40,4% des seniors. L'EE était atteint sévèrement pour 35,9% des internes et 26,7% des seniors, la DP 34,8% et 16,1, et la DAP pour 18,5% et 13,1%. On retrouvait comme facteurs associés au burnout une erreur médicale récente (OR 4,1985 ; IC 1,2877 – 13,690 ; p 0,017), et une situation vécue comme du harcèlement professionnel (OR 3,8867 ; IC 1,2852 – 11,634 ; p 0,016). Le fait d'avoir des enfants apparaissait comme facteur protecteur (OR 0,495 ; IC95% 0,2491 – 0,983 ; p 0,044). Par ailleurs, 22,8% des internes et 13% des seniors rapportaient des idées suicidaires durant la dernière année.

Discussion :

Notre étude révèle des taux importants de burnout chez les chirurgiens pédiatres français. Les internes semblent plus exposés à ce risque que leurs maîtres. Les conséquences du burnout peuvent être dramatiques ; ceci nous impose donc d'être vigilants quant à sa survenue chez nos pairs.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Federico CANAVESE

Assesseurs : Madame le Professeur Annie SOBASZEK, Monsieur le Docteur Éric NECTOUX, Madame le Docteur Dyuti SHARMA

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Christine MAXIMIN