Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT

Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 26 novembre 2021

Par le Docteur Philippe PARIS

Du résultat imparfait à l'évènement indésirable grave, Le chirurgien est-il préparé à l'épreuve de la responsabilisation ?

A propos de l'analyse de 61 réponses à un questionnaire adressé à une sélection de chirurgiens des Bouches-du-Rhône.

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Bénédicte JULLIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Sommaire

Remerciements p.3

Résumé p.4

Introduction p.5

Partie I : Notions liminaires p.5

A/ Le chirurgien, sa responsabilisation, sa vulnérabilité p.5

B/ Les facteurs psychosociaux au travail p.9

Partie II : Le questionnaire p.14

A/ Matériel et méthode p.14

B /Résultats p.15

Partie III : Discussion p.30

Conclusion p.34

Références bibliographiques p.35

REMERCIEMENTS

Merci à Éric, Jean-Marc, Jean-Jacques et Bénédicte pour leur enseignement et l'organisation du diplôme, dans la rigueur, la proximité, la convivialité et la bienveillance.

Merci aux intervenants tout au long des sessions, pour le partage de leurs expériences.

Merci à tous les participants de cette sixième promotion 2020/2021. Elle aura été marquée par les impératifs du confinement : quelle joie cela a été de tous se retrouver à Toulouse en septembre, après tous ces mois en visio ! L'humanité de chacun m'a impressionné, la perspective de travailler ensemble encore au sein du GEPP me ravit.

Merci à tous les confrères sollicités pour l'étude, de leur investissement.

Merci Anne de ton aide et ta relecture. C'est grâce à toi que je me suis lancé dans l'aventure.

Merci Guillaume de ton coup de pouce sur Excel.

« Colibri ! Tu n'es pas fou ? Ce n'est pas avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu ! "
"Je le sais, mais je fais ma part. »

La légende du colibri, Pierre Rabhi.

« *L'expérience est un peigne que l'on te donne quand tu deviens chauve.* »

Proverbe argentin.

A Maxime, Alexandre et Guillaume.

RESUME

Du résultat imparfait à l'évènement indésirable grave, le chirurgien est-il préparé à l'épreuve de la responsabilisation ?

Introduction : Pour diverses raisons, le chirurgien est un soignant singulier face à l'erreur, en responsabilisation face à lui-même, à son patient et à la société et qui se protège par diverses stratégies. ***Méthode*** : Pour tenter d'appréhender ce qui se joue au plus intime chez lui, un questionnaire a été adressé à 113 chirurgiens, dont 89 ont été sensibilisés par téléphone, avec 33 questions fermées concernant divers ressentis émotionnels et 1 question ouverte pour relater un événement traumatisant. ***Résultats :*** 61 ont répondu (54%). Le sentiment le plus rapporté est l'exaspération (70%) puis la déception (61%). Face à une difficulté 70% pouvaient remettre en cause leur compétence, avec un lien serré avec les mauvais résultats chirurgicaux (63%). La peur du procès était alors la crainte principale (43%). La formation à faire face aux difficultés a été jugée insuffisante majoritairement. 74% se sentaient seuls face aux difficultés. Une structure de soutien serait souhaitable pour 58%, hors les murs, comme au Conseil de l'Ordre (42%), avec un interlocuteur chirurgien (72%) puis psychologue (32%). Malgré toutes les difficultés rapportées, les chirurgiens semblaient toutefois à 90% plutôt satisfaits. ***Conclusion*** : Malgré les dangers menaçant la capabilité de chacun il semble qu'un un réel déni de vulnérabilité maintienne à l'écart le recours à la prévention psycho-émotionnelle en chirurgie. L'enthousiasme des répondants exprime toutefois un besoin de considération et de prise en charge spécifique des difficultés en pratique chirurgicale.

Mots-clés : Erreur chirurgicale ; Responsabilisation ; Ressenti émotionnel ; Capabilité ; Déni de vulnérabilité ;

ABSTRACT

From poor result to serious adverse event, is the surgeon prepare to face accountability?

Introduction: For various intimate reasons, the surgeon is a singular caregiver faced with error, in accountability to himself, to his patient and to society, and who protects himself by various strategies. ***Method*****:** In an attempt to understand what goes on deep inside the surgeon, a questionnaire was sent to 113 surgeons, 89 of whom were made aware of the problem by telephone, with 33 closed questions concerning various emotional feelings and 1 open question relating a traumatic event. ***Results*****:** 61 responded (54%). The most reported feeling was exasperation (70%) followed by disappointment (61%). Faced with a difficulty, 70% could question their competence, with a close link to poor surgical results (63%). Fear of litigation was the main fear (43%). Training to deal with difficulties was considered insufficient by the majority. 74% felt alone when faced with difficulties. A support structure would be desirable for 58%, outside the walls, such as the Council of the Order (42%), with a surgeon contact (72%) then psychologist (32%). Despite all the difficulties reported, 90% of the surgeons seemed to be satisfied. ***Conclusion*****:** Despite the dangers threatening the ability of each individual, it seems that a real denial of vulnerability keeps the use of psycho-emotional prevention in surgery at bay. However, the enthusiasm of the respondents expresses a need for consideration and specific care within structures of the difficulties in surgical practice.

Key-words: Surgical error; Accountability; Emotional feeling; Capability; Denial of vulnerability;

Introduction

Durant sa formation le futur chirurgien apprend à cacher émotions, errements et ressentis. Toutefois son implication émotionnelle dans l'acte chirurgical est grande, faite de successions de peurs et de satisfactions, de craintes et de soulagements. Ce chirurgien est un soignant particulièrement choisi par son patient dans l'unique et totale espérance du bon résultat. De fait, ni lui ni personne ne lui donne droit à l'erreur. Cette erreur chirurgicale, technique, personnelle, dont il serait seul responsable, est en effet inacceptable au plus intime en raison d'une incompatibilité entre le caractère profondément humain de sa perfectibilité quand le chirurgien la commet et le caractère profondément inhumain de ses conséquences, c'est à dire la mutilation ou la mort. Face à ce dilemme, à cette impasse éthique, ce soignant singulier, autorisé légalement à profondément *porter atteinte à l'intégrité du corps humai*n [1], n'a-t-il pas qu'une seule voie possible : la réussite ?

NOTIONS LIMINAIRES

A/ Le chirurgien, sa responsabilisation, sa vulnérabilité

1/ Le chirurgien, soignant singulier.

Soignant singulier car même s'il y est autorisé, « *porter atteinte à l'intégrité du corps humai*n », laisse un témoin visible de cet acte chirurgical vécu comme *agression physique*, la cicatrice. Le patient non satisfait utilisera cette cicatrice comme support au passage à l'acte qu'est le recours contentieux contre le chirurgien. Elle servira de support de *l'idéation d'un dommage corporel et d'un préjudice du fait chirurgical* à soumettre au juge. L'intervention chirurgicale sera pour le juriste le *fait générateur*. Et c'est bien en effet cette cicatrice que regarde le médecin-expert en débutant son examen clinique. En effet, sauf cas particuliers où l'absence d'intervention est une perte de chance, sans intervention pas de plainte.

Soignant singulier car son activité est clinique et technique à la fois. Et cet humain qui vise à *« être »* un bon technicien doublé d'un bon clinicien, est en questionnement perpétuel face à lui-même, au patient, à la société : *techniquement*, *suis-je - es-tu - est-il capable ?*

- *Techniquement, suis-je capable ? J'exige de moi d'être capable !* Cette exigence personnelle est sûrement aussi l'un des moteurs de la complétude et de la solidité de sa formation. Depuis qu'il se forme, chaque succès chirurgical accroît son capital-confiance au profit du renforcement de son sentiment d'efficacité personnelle. Cette capabilité chirurgicale peut être considérée comme sa capacité à articuler ses compétences de clinicien avec ses acquisitions techniques manuelles, au service de son patient, dans la plus profonde construction de son « être » professionnel. Cette capabilité technique est directement reliée au succès chirurgical via la main effectrice. Elle tend vers un idéal inaccessible de contrôle absolu de toutes les situations cliniques de son domaine théorique idéal de compétence, source de frustrations futures. Cette exigence originelle cependant accompagne le chirurgien durant toute sa carrière comme une habitude dont on a du mal à se défaire, depuis les simples résultats imparfaits dont il ne se satisfait pas jusqu'aux évènements plus graves, qui risqueront d'éroder sa confiance en lui. C'est une première forme de responsabilisation de l'ordre d'une exigence morale personnelle.

- *Techniquement, es-tu capable ? J'exige de toi que tu sois capable !* Cette deuxième exigence le chirurgien la découvre lorsqu'il atteint une certaine phase d'autonomisation et de contact direct avec les malades puis plus tard sa patientèle. Si l'expression de cette exigence peut être parfois verbale sous la forme d'une question directe posée au chirurgien, elle est au minimum non verbale et bien visible en

consultation préopératoire. C'est la confiance. Le patient la témoigne à son chirurgien quand il le pense en capacité de réaliser le geste salvateur. Cette satisfaction-client nourrit ici aussi son sentiment de capabilité par un feed-back émotionnel simple, versant dans un nouveau registre, de réussite de carrière et de notoriété. Rétrospectivement cet engagement confiant peut s'être transformé en déception et s'exprimer aussi de façon verbale ou non verbale et le chirurgien y est très sensible. Cette deuxième exigence existe comme telle depuis que la relation chirurgien-patient a été jugée contractuelle par un arrêté de la Cour de cassation [2], sous la forme de « *soins consciencieux, dévoués, attentifs et conformes aux données acquises de la science »*. La déception peut s'accompagner de colère, que le patient exprime de plus en plus, avec une agressivité non réfrénée ou sous forme d'avis négatifs violents sur internet, le patient interprétant alors la relation comme une redevabilité. Elle peut aboutir à un contentieux devant les juridictions civiles, pénales, ordinales ou administratives. Si « *J'exige de toi que tu sois capable* » est une responsabilisation morale commune à tous les praticiens, en pratique chirurgicale elle est surtout contractuelle.

- *Techniquement, est-il capable ? J'exige de lui qu'il soit capable !* Cette troisième exigence est conditionnée par tous les attendus du 'bon médecin [3,4]' que la société ou les institutions mettent en place, elle est commune à tous les cliniciens. Cette exigence est contenue dans la phrase du serment d'Hippocrate *« Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque »* ou celle du Serment de Genève *« Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité »* qui intime l'engagement total. Si tous les médecins cliniciens se doivent d'être moralement irréprochables, disponibles, discrets et efficaces, le chirurgien s'expose dès lors que l'incision est faite, comme rappelé plus haut. S'il est déviant, la société se chargera de lui demander des comptes et le condamner pour faute [5] « *par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence*», « *défaut d'information* », « *défaut de consentement* », « *manquement au devoir d'assistance* », ... En effet, si l'entrée en vigueur de la Loi du 4 mars 2002 [6] a permis d'introduire la notion de responsabilité sans faute, elle introduit aussi la notion de *responsabilité légale* [7] du soignant, et qui plus est le chirurgien : si tous les soignants sont concernés, les chiffres de la sinistralité révèlent que la chirurgie concentre plus de 50% des mises en cause de professionnels de santé (MACSF [8], SHAM [9]). Il s'agit ici d'une responsabilisation sociétale. Elle induit une crainte de base, *la peur du procès,* qui impacte plus ou moins consciemment les indications chirurgicales.

Soignant singulier toujours car un chirurgien formé dans un esprit de compétition et de concurrence, exercera naturellement dans un esprit de compétition et de concurrence [10], car il ne connaît que ce registre de désirs mimétiques. Comment en serait-il autrement quand un poste est donné à Pierre et pas à Paul ou Jacques, que les prouesses de tel ou tel sont relayées dans la presse, que cette même presse classe les établissements, que les établissements courtisent les plus gros, que les patients idolâtrent des cadors, que le public et le privé se comparent l'activité et le savoir-faire et que les instances prônent l'excellence, tous évaluant faussement, en passant, la qualité avec des quantités ? Le chirurgien voit en permanence sa capabilité jugée par foultitude d'éthologues, ses maîtres, ses pairs, les établissements, les institutions, la société, ses patients et enfin lui-même quand les choses ne vont plus (et il est alors probablement à ce moment-là le plus terrible de ses juges).

Soignant singulier aussi en raison d'un engagement altruiste sûrement moins profond que chez d'autres soignants par exemple les médecins généralistes ou les infirmiers. Si son engagement vocationnel n'est pas niable avec un investissement majeur lui aussi dans le travail, sa formation et son narcissisme élitistes d'abord, puis des attendus en termes de statut social, de rémunération et d'autosatisfaction ensuite, peuvent lui donner des objectifs compensatoires parfois plus importants que les finalités thérapeutiques de son rôle sociétal.

Soignant singulier enfin car l'erreur chirurgicale d'habileté est un accident de la capabilité (tout comme l'erreur diagnostique cognitive du clinicien, même si la plupart du temps ce n'est pas une erreur en soi mais plutôt *a posteriori* un choix qui n'était pas le bon) alors que l'erreur médicamenteuse ou transfusionnelle est essentiellement un accident de la vigilance, accessible aux mesures de prévention systémique de l'erreur dans un cadre général de sécurité des soins [11,12]. A ce titre le chirurgien (*in extenso* tout médecin interventionnel) ne doit pas être considéré comme un des maillons de la chaîne de soins mais comme *l'effecteur décisionnaire autonome unique* et responsabilisé comme tel, d'un soin particulier, l'intervention chirurgicale, qu'il décide, promeut, effectue et *in fine* assume.

2/ Conséquences de la responsabilisation

La responsabilisation pourrait être donc définie comme l'ensemble de ces exigences et attentes morales, contractuelles et sociétales auxquelles le chirurgien doit répondre dans sa pratique. Elle lui est spécifique quand elle touche la dimension technique de son métier, une responsabilisation d'ordre clinique étant bien sûr commune à tous les praticiens. Cette pression de responsabilisation s'ajoute à la pression organisationnelle.

Il existe beaucoup de situations potentiellement conflictuelles qui découlent de cette responsabilisation auxquelles le chirurgien n'est pas formé à faire face, soit qu'il n'ait pas conscience de leur existence, soit qu'il pense qu'il sera à la hauteur le moment venu ou que ses forces ne lui feront jamais défaut. Le chirurgien est-il formé à analyser ses émotions ? A-t-il appris-il à accepter leur présence et comprendre ce qu'elles disent d'une situation ? Que sait-il dire de la honte, de la culpabilité, de l'orgueil, de la vanité, de la maladresse, de la colère ? Quels traits de son caractère lui compliquent la tâche ? Est-il conscient de ses mécanismes de défense ? A-t-il été formé à donner des instructions, à gérer du personnel ou des équipes ? Est-il prêt à affronter toutes les dimensions de la souffrance d'autrui, la douleur, la mort ? Est-il capable de supporter la compétition professionnelle et les jugements de ses pairs ? Est-il formé à entendre les plaintes et récriminations ou à résister aux tentatives de déstabilisation qu'un patient mécontent est capable de lui faire subir ? Est-il préparé à être confronté à un événement particulièrement grave voire à la mort d'un patient ? Se doute-t-il de ce qui va se jouer lorsqu'il recevra d'un huissier sa première mise en cause ? Sait-il demander de l'aide dans la difficulté ? Sait-il où trouver de l'aide ? Sait-il simplement reconnaître ses souffrances ?

Débuter une carrière professionnelle sans réponses à ces questions fait le lit des difficultés futures. Le chirurgien tout-puissant, dont la capabilité est 'gonflée à bloc' par la culture de la réussite de sa formation initiale n'est pas préparé à être confronté à ses échecs. Tout n'est pas de sa faute ; il n'y a tout simplement pas été préparé. La société, dans une grande cruauté, reste détournée des tourments du soignant en souffrance dans l'exercice de son métier, qu'il soit chirurgien ou non, l'envoie au combat et s'il faillit organise l'expiation de sa faute. Si le patient est la victime principale bien sûr, le soignant impliqué est la deuxième victime, les patients suivants pris en charge avec prudence sont les troisièmes victimes. Le soignant subit la douleur, la déception et la colère de son patient comme première peine, sa capabilité défaillante comme double peine, et la vindicte publique judiciaire et médiatisée et sa clientèle qui s'effondre comme triple voire quadruple peines. Le chirurgien est exposé et n'a pas conscience de ses vulnérabilités. Au commencement du 3^{ième} millénaire, à l'heure de la transparence mondialisée, son métier a changé. Il ne peut certes plus s'exercer dans l'absolution *ex ante,* mais les soignants, le chirurgien y compris, doivent être protégés. Si la société n'a pas franchi le pas de l'immunité des soignants [13], elle doit au minimum former ses soignants en prévention primaire, puis leur porter assistance en prévention secondaire. « *La société et la justice qui la représente se doivent aussi de rassurer les soignants pour qu'ils n'aient pas l'impression de se livrer à une « mission impossible » où ils risquent leur vie. Et pour ce faire, elle doit reconnaître les risques auxquels ils sont confrontés, qu'il s'agisse de souffrance morale, sociale ou physique.* » écrit Éric Galam [13]. Ce véritable déni de vulnérabilité se décline aux trois degrés de la

responsabilisation, selon un gradient croissant : « *je ne connais que partiellement ma vulnérabilité face aux exigences sociétales, je sous-estime probablement ma vulnérabilité face à mon patient, et j'ignore totalement ma vulnérabilité face à moi-même* ».

3/ Le déni de vulnérabilité

La vulnérabilité fait appel à deux notions, l'existence concomitamment d'une zone exposée et d'un danger potentiel. En sociologie la vulnérabilité est une potentialité universelle, relationnelle, contextuelle, individuelle et enfin réversible [14]. Le déni de vulnérabilité est un réel mécanisme de défense mis en place dans l'exercice de la chirurgie, soit par méconnaissance du danger, soit en le cachant, soit en le minimisant. Ce déni s'exprime aussi au niveau de ses capacités, que le chirurgien peut croire fortes et inépuisables, à faire face aux situations stressantes. Il existe un déni également de responsabilisation [15], une possible *minimisation* de sa responsabilité - « *c'est la faute au système !* » - ou une *distanciation* – « *tout le monde fait des erreurs !* » - lorsque l'événement est survenu. L'égo sur-gonflé alimente le déni de vulnérabilité pas des fausses croyances d'invincibilité. Le curriculum caché [10] est sûrement aussi à ce titre un mécanisme de défense, tant l'imbibition à laquelle il nous soumet nous met à distance d'un certain nombre de réalités.

a/ Face aux exigences sociétales, le déni de vulnérabilité n'est probablement que partiel car l'issue judiciaire possible d'un acte chirurgical est connue et redoutée. Mais cette issue est loin d'être acceptée par le chirurgien. Plus qu'à la juridisation de la société, c'est à son évolution contractuelle et assurantielle qu'il doit être formé. Ce qui est devenu vrai pour la chirurgie est vrai pour beaucoup de pans de la vie quotidienne, où tout s'assure dans l'optique d'une indemnisation en réparation. Le chirurgien connait-il en fin de formation tous les rouages juridictionnels devant lesquels il peut être traduit ? Les articles du Code de déontologie sont-ils enseignés comme ceux du Code de la route ? On compare souvent le monde chirurgical au monde aéronautique : peut-on penser que les pilotes de ligne ne connaissent pas les règles de vol du droit aérien ?

b/ Du fait de l'évolution des mœurs et des mentalités, le soignant, le médecin ou le chirurgien, n'est plus cette statue de commandeur sur son piédestal inaccessible, à qui l'usager du système de santé n'ose demander des comptes. Ici le déni de vulnérabilité est un peu plus profond. Nous ne sommes pas préparés du tout au conflit avec un patient mécontent chez lequel le chirurgien a investi beaucoup de son « être », le plus souvent sans compter. Dans une mise en perspective suivant les travaux sur la relation de *care* [16], on peut affirmer que le chirurgien est particulièrement dans le *cure* quand il opère son patient, alors qu'il est dans le *care* quand il le reçoit en consultation. Un phénomène de réification de produit même au bloc opératoire où le patient est transformé en objet à opérer, et c'est d'ailleurs ici aussi un mécanisme de défense, et qui redevient sujet avec lequel il communique après anesthésie. C'est lorsque cette relation de *care*, qui a nécessité un investissement émotionnel profond et sincère de la part du chirurgien, est rompue unilatéralement par un patient mécontent d'un résultat, et parce qu'il réclame à ce moment-là le résultat espéré, que le ressenti émotionnel est le plus terrible : le patient a quitté le *care* parce qu'il réclame subitement son *cure* et le fait brutalement savoir à son chirurgien, qui, tout humainement investi dans la relation de *care,* ne s'attend pas à la tempête. On découvre là que si la relation de *care* est indispensable à la relation médecin-patient en particulier parce qu'elle en réduit l'asymétrie, le médecin qui s'y investit expose une vulnérabilité. Une des façons de se prémunir de difficultés relationnelles avec les patients sera de les informer au mieux. Même pour les interventions dont les attendus sont largement favorables, le risque zéro n'existe pas. Le patient est-il conscient de la double variabilité du vivant, celle de l'existant, l'anatomie, et celle du devenir, l'évolution post-opératoire des tissus ? Le consentement mutuel éclairé à ce titre, s'il est vécu par les chirurgiens comme une contrainte, protège l'opérateur. Il paraît indispensable de laisser au patient le soin de lire attentivement chez lui en famille les feuilles d'information concernant son intervention afin qu'il appréhende la dimension perfectible de la médecine car souvent il ne veut rien

entendre de tout cela. On saisit alors que se protéger des déceptions de patients nécessite de s'intéresser à la psychologie des attentes.

c/ Savoir gérer les attentes permettrait de prévenir aussi un certain nombre de difficultés que le chirurgien a avec lui-même, car ici le déni de vulnérabilité est majeur. A-t-il idée de ce qui peut se jouer au plus intime face à un événement indésirable ou un simple résultat imparfait ? Imagine-t-il quelle corde sensible un événement vient faire vibrer ? Imagine-t-il déjà simplement qu'une corde au plus profond de sa sensibilité peut être pincée ? Imagine-t-il avoir cette vulnérabilité-là, lui qui sort de ses années de formation gonflé de certitudes d'invincibilité ? Sait-il qu'il existe « *généralement peu de différence entre la culpabilité morale des échecs sans conséquence dans les soins de santé et celles des décès »* [13]. Le problème est encore plus épineux puisqu'il a appris à taire ses émotions et ses doutes car il lui a été enseigné qu'il est infériorisant et humiliant d'avouer une faiblesse. Le chirurgien est donc particulièrement rétif à évoquer tous ces sujets. En effet pour les institutions de la santé, depuis toujours, un chirurgien bien formé est un chirurgien autonome, doué d'une inhumaine dimension d'infaillibilité et de son corollaire la non-dépendance. Aveuglement en bon élève, il y adhère. Son humanité cependant le ramène à sa vulnérabilité : comme pour tout être humain, des chirurgiens on pourrait affirmer : « *il n'y a pas ceux qui sont autonomes et indépendants d'une part, versus ceux qui seraient dépendants et vulnérables. Les deux termes se composent entre eux : l'autonomie est celle d'un être fragile, vulnérable* [17] *».* Le chirurgien bâtit sa confiance en lui, sa capabilité chirurgicale, sur un socle d'acquisitions technico-cliniques. Il ne doit pas ignorer quelles vulnérabilités peuvent éroder cette construction patiente, nécessitant de plus d'être entretenue tout au fil de la vie professionnelle selon des phénomènes d'auto-réassurance permanents. Autonomie et vulnérabilité ne sont pas à opposer. Le chemin vers l'autonomie du chirurgien nécessite la connaissance de ses vulnérabilités plutôt que la lutte contre elles.

B/ Les facteurs psychosociaux au travail

Nous rappelons brièvement l'histoire de la psychologie de la santé et analysons les modèles du stress afin d'évaluer s'ils sont totalement applicables aux problématiques de la chirurgie.

1/ Histoire de la notion de stress et de la psychologie de la santé au travail.

La compréhension des problématiques psychologiques au travail est relativement récente.

Les travaux sur le stress débutent par Cannon [18] en 1929 (perturbation de l'homéostasie ; réponse au stimulus comme réaction physiologique) puis de Selye [19] en 1946 (théorie du Syndrome général d'adaptation, inventeur du concept de « stress »), toutes deux *conceptions linéaires et organiques* de la notion initiale du stress. Ces travaux historiques étaient hors champ du travail.

En santé au travail, Drew [20] en 1940 évalue la fatigue des pilotes militaires et Murrell [21] en 1965, la fatigue au travail.

Selye [22, 23] à partir de 1950 travaille sur la physiologie du stress. Levi [24] publie en 1964 sur le stress en situation de travail, enfin à la fin des années soixante de nombreux auteurs évaluent l'épuisement professionnel : Fröberg et Levi en 1969 [25], Levi [26] et Lazarus et al. [27] en 1970, Fröberg, Karlsson, Levi et al. [28] 1970. La première version du MBI test de Maslach date de 1981 [29].

Quant à la psychologie clinique, si elle est une science née à la fin du XIXème siècle, la psychologie de la santé au travail, on l'a vu, date de l'après-guerre, les notions d'épuisement professionnel de la fin des années 60, enfin l'immixtion de la psychologie du burnout en chirurgie date, elle, de peu avant 2010 [30, 31].

Définition actuelle du stress au travail :

En France, l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 [32] entre les partenaires sociaux retient *« qu'un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face »*.

2/ **Les modèles d'analyse des facteurs psychosociaux au travail : les problématiques de responsabilisation de la chirurgie orthopédique y sont-elles envisagées ?**

A la conception linéaire (type action – réaction) de la réponse au stimulus comme réaction physiologique des travaux de Cannon [18] en 1929 puis de Selye [19] en 1946 se substitue la conception *transactionnelle et psychologique* du stress intégrant des processus émotionnels, cognitifs et sociaux, de l'individu, son environnement et les interactions de l'un avec l'autre :

- ✓ Le modèle *Demandes-Contrôle* de Karasek [33] (1979) : la détérioration de la santé au travail dépend du degré de contrôle de l'individu sur son activité, selon 2 dimensions :
  - **Demande psychologique** (complexité et quantité du travail et contraintes de temps)
  - **Autonomie décisionnelle** (et accomplissement de soi), autorisant le contrôle de la situation et l'utilisation de ses compétences.
  - Ajoutant ultérieurement une dimension de **soutien social** par la hiérarchie et les collègues (Karasek et Theorell [34]).

Il comporte 26 questions, 9 pour la demande psychologique et la latitude décisionnelle et 8 pour le soutien social. Selon Karasek et Theorell, les risques sont d'autant plus élevés que la demande psychologique est forte et que la latitude décisionnelle est faible. La sensation de contrôle est favorisée par un soutien fort (Modèle stress 3 axes de Karasek et Theorell [34]).

Aucune référence à la responsabilisation n'y est toutefois mentionnée.

- ✓ Le modèle de Siegrist [35] (1996), basé sur la distorsion entre **:**
  - **les *efforts fournis*** : extrinsèques, liés aux exigences du travail et intrinsèques, liés à un engagement excessif dans le travail, le surinvestissement
  - **et les *récompenses***, de trois types : 1/ Salaire 2/ Estime, respect et soutien 3/ Sécurité de l'emploi et carrière).

Accomplissement au travail, estime de soi, sentiment d'efficacité, appartenance à un groupe, gains financiers définissent le statut professionnel, avec un prérequis essentiel de la vie sociale, la réciprocité. Le surinvestissement peut être dû au sens du devoir, au besoin de se dépasser ou de relever des défis. Les efforts peuvent être importants pour de faibles récompenses.

Les applications en France apparaissent à partir des années 2000 :

- ✓ Le modèle de Karasek a été traduit en français et l'objet de **l'enquête SUMER 2003** [36] :

Les expositions aux demandes d'un panel de professions sont classées dans 4 secteurs selon Karasek, *Tendus, Actifs, Détendus, Passifs* :

« Les salariés « tendus » ou « actifs » déclarent davantage que les autres que des risques découleraient d'une erreur dans leur travail. **Le sentiment de responsabilité va de pair avec la demande psychologique. Les salariés « tendus » sont particulièrement inquiets des sanctions qu'ils pourraient subir du fait d'une erreur dans leur travail,** alors que les « actifs » sont plus préoccupés par les répercussions d'une erreur sur la qualité des produits ou les coûts financiers pour l'entreprise.

Les « actifs » sont moins souvent satisfaits de leur travail que les « détendus » mais plus que les « passifs » ceci est cohérent avec les études concernant l'importance de la latitude décisionnelle dans la satisfaction au travail. **C'est la demande psychologique qui semble principalement associée à ce sentiment de stress. Les salariés « tendus » et « actifs » sont plus nombreux à déclarer que leur travail est fatiguant. Les salariés « tendus » se disent en moins bonne santé que les autres. Un soutien social insatisfaisant renforce l'appréciation négative des salariés sur leur santé. »**

Ici la référence claire à la responsabilisation par le *sentiment de responsabilité de la demande psychologique* est précisée et évaluée.

- ✓ Le rapport Gollac et Bodier [37] (2011). Six facteurs de risque de souffrance au travail sont détaillés :
    1. Intensité du travail et temps de travail (quantité et complexité des tâches, durée, rythmes, sens du travail)
    2. Exigences émotionnelles (relation au public, contact avec la souffrance, devoir cacher ses émotions, peurs – d'accident ou de violences externes)
    3. Manque d'autonomie et de latitude décisionnelle (autonomie dans la tâche, prévisibilité du travail, possibilité d'anticiper, utilisation des compétences, répétition et la monotonie)
    4. Rapports sociaux dégradés au travail (qualité des relations avec collaborateurs et hiérarchie, soutien, justice, reconnaissance ; relations avec l'extérieur, reconnaissance du public ; violence interne (discriminations, harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violence externe.
    5. Conflits de valeurs (travailler en adéquation avec ses valeurs, ses principes, son éthique, trouver un sens aux missions qui sont confiées)
    6. Insécurité de la situation de travail (capacité pour le personnel à se projeter dans le futur, stabilité du poste, du service, de l'établissement, du métier).

Il est précisé que leurs effets sont cumulatifs et dépendent de l'exposition. D'autres facteurs entrent en considération comme des antécédents psychosociaux et les contraintes et ressources extra-professionnelles (soutien social, familial, contraintes).

Si le rapport Gollac peut rendre compte de pénibilités rencontrées aussi en chirurgie, la responsabilisation n'y est pas explicitement retenue.

- ✓ Les recommandations de la Haute Autorité de Santé [38] sur le burn-out (2017) : reprend les facteurs de risque de Gollac et Bodier et précise les **particularités des soignants**, population à risque historiquement identifiée :
    1. Causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale : confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.
    2. Causes extrinsèques : charge et organisation du travail, etc.
    3. Différents facteurs rendent les professionnels de santé vulnérables : demande de performance, image du soignant infaillible, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité, etc.

L'HAS ne retient pas non plus les facteurs de la responsabilisation.

- ✓ Accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 [32] : **l'identification d'un problème de stress au travail,** d'après doit passer par une analyse de facteurs tels que :

• l'organisation et les processus de travail (temps de travail, dépassement d'horaires, degré d'autonomie, mauvaise adéquation du travail à la capacité ou aux moyens mis à disposition des travailleurs, charge de travail réelle manifestement excessive, des objectifs disproportionnés ou mal définis, une **mise sous pression systématique** qui ne doit pas constituer un mode de management, etc.),

• les conditions et l'environnement de travail (exposition à un environnement agressif, à un comportement abusif, au bruit, à une promiscuité trop importante, etc.),

• la communication (incertitudes, perspectives, changements, mauvaise communication concernant les orientations et les objectifs, communication difficile entre les acteurs, etc.),

• et les facteurs subjectifs (pressions émotionnelles et sociales, impression de ne pouvoir faire face à la situation, perception d'un manque de soutien, difficulté de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, etc.).

L'existence des facteurs énumérés peut constituer des signes révélant un problème de stress au travail.

L'ANI du 2 juillet 2008 a été négocié entre partenaires sociaux et n'est bien sûr pas adapté aux problématiques chirurgicales.

- ✓ L'étude coordonnée par la Dares [39], publiée en novembre 2016 sur les conditions de travail et la santé au travail, qui consacre un volet à **l'exposition aux risques psychosociaux**, dresse le constat suivant :
  - 31% des actifs occupés déclarent devoir cacher ou maîtriser leurs émotions.
  - 47% des actifs occupés estiment qu'ils doivent « toujours » ou « souvent » se dépêcher dans leur travail.
  - Au moins 64% des actifs occupés déclarent être soumis à un travail intense ou subir des pressions temporelles.
  - Enfin, 64% des actifs occupés déclarent manquer d'autonomie dans leur travail.

Les conditions de travail des indépendants, comme celles des salariés, peuvent être appréhendées à travers différents facteurs de risque professionnel : pénibilité physique des travaux, cumul de contraintes de rythme, manque d'autonomie, isolement, emprise du travail sur la vie quotidienne ou encore précarité de l'emploi.

Ici encore, la responsabilisation n'est pas retenue comme facteur de risque psychosocial au travail.

2/ **Les modèles de coping**

La modélisation des stratégies de défense et d'adaptation est adaptable à la pratique chirurgicale :

- ✓ Le modèle de Lazarus et Folkman [40] (1984) considère que l'individu évalue le monde extérieur et répond au mieux au danger suite à cette évaluation (évaluations primaire et secondaire). **La notion de coping est introduite** [41] : ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à s'adapter à la transaction individu – environnement (stratégies défensives). Le coping actif est centré sur le problème, afin de modifier la situation. Le coping d'évitement est centré sur les ressentis, afin de diminuer les réactions psycho-affectives sans modifier le stresseur.

- ✓ La théorie de conservation des ressources de Hobfoll [42,43] (1989) : il s'agit d'une évolution de la théorie du coping de Lazarus et Folkman, basée sur l'analyse des ressources de l'individu, distinguant ressources externes, matérielles, et internes, intrinsèques :

- Objets personnels du confort de vie, et ceux permettant le travail
- Caractéristiques personnelles d'optimisme, d'estime de soi, de positivité...
- Conditions de santé personnelle, affectives, soutien social, revenus suffisants...
- Energies favorisant le dynamisme : connaissances, capacités de travail, endurance, capacités relationnelles, organisationnelles, soutien de collègues...

1. Principe premier, la **primauté des pertes** : à niveau égal, la perte a plus de conséquences négatives que de conséquences positives le gain de ressources.
2. Principe deuxième : **investir des ressources protège d'en perdre**
3. Quatre corollaires :
   - **a.** Plus l'individu dispose de ressources moins il est vulnérable
   - **b.** Plus l'individu dispose de ressources plus il peut en acquérir d'autres
   - **c.** La perte de ressource engendre d'autres pertes
   - **d.** Moins l'individu dispose de ressources plus il est en position défensive vis-à-vis de ses ressources à conserver.

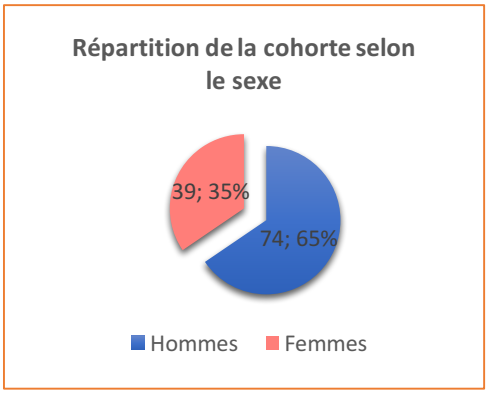
✓ Le coping proactif de Greenglas [44] (2001) : considérant que le coping classique est réactif à un événement ayant eu lieu, le coping proactif définit les stratégies mises en place en prévention, dans la gestion des risques et la gestion des objectifs. Le coping proactif fait émerger la nécessité de respecter l'équité au travail.

LE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire était destiné à recueillir le ressenti émotionnel lorsqu'une période difficile est traversée plutôt que les déterminants du stress eux-mêmes.

A/ Matériel et méthode

Une enquête sous forme de 33 questions fermées et 1 question ouverte a été envoyée par mail à 113 chirurgiens des deux sexes, hospitaliers et libéraux de multiples disciplines, exerçant essentiellement dans les Bouches-du-Rhône.



- Trente-neuf femmes (35%) et 74 hommes (65%) de plus de 35 ans ont été inclus sans autre critère particulier retenu, si ce n'est leur facilité à être joint.
- Quatre-vingt-neuf (79%) ont été sensibilisé par un court entretien téléphonique à l'utilité du test, les autres ont reçu un message téléphonique ou un mail détaillés.

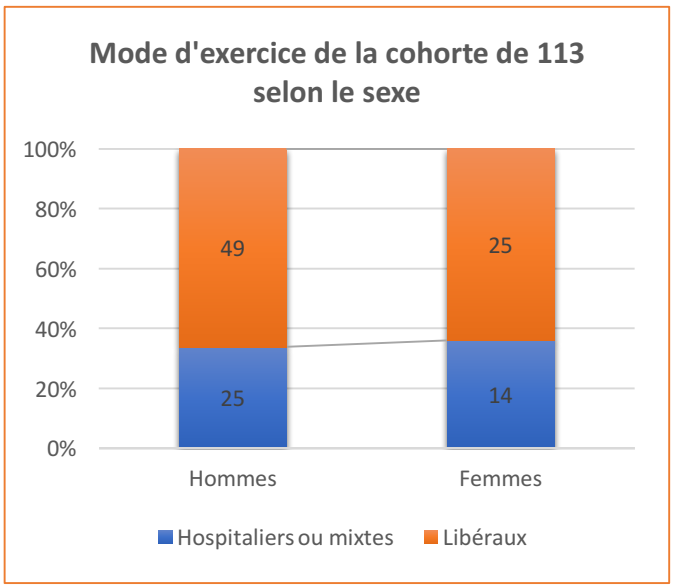
	Hommes	Femmes	Total
Hospitaliers ou mixtes	**25**	**14**	**39**
Libéraux	**49**	**25**	**74**
Total	**74**	**39**	**113**

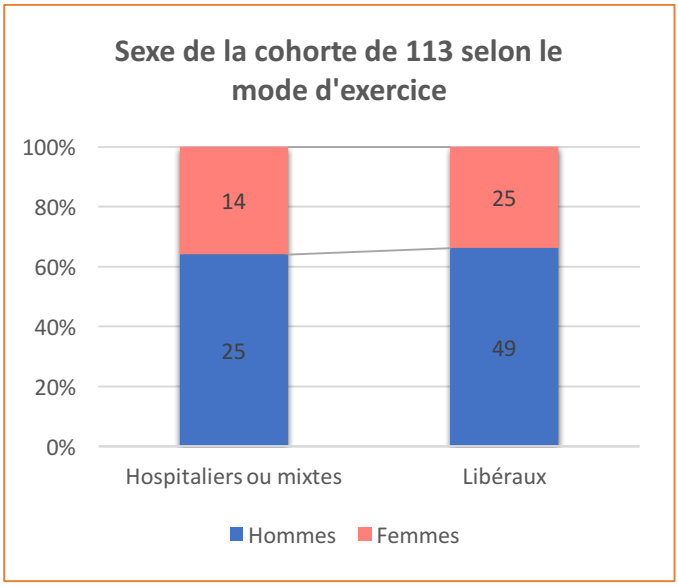
Ont été ainsi inclus, 12 chirurgiens digestifs dont 3 femmes, 19 gynécologues ou obstétriciens (7 femmes, 12 hommes), 5 chirurgiens infantiles (2 femmes, 3 hommes), 7 neurochirurgiens (2 femmes, 5 hommes), 21 orthopédistes (7 femmes, 14 hommes), 10 plasticiens (6 femmes, 4 hommes), 9 chirurgiens 'tête et cou' (5 femmes, 4 hommes), 12 urologues (4 femmes, 8 hommes) et 18 vasculaires (3 femmes, 15

hommes).

- Trente-neuf des 113 étaient hospitaliers ou mixtes (35%) ; 74 des 113 étaient libéraux (65%).
- Quatorze des 39 femmes (36%) et vingt-cinq des 74 hommes (34%) étaient hospitaliers ou mixtes ; 25 femmes sur 39 (64%) et 49 hommes sur 74 (66%) étaient libéraux.

Hommes et femmes étaient répartis de façon homogène à hauteur d'un tiers entre hospitaliers et libéraux :

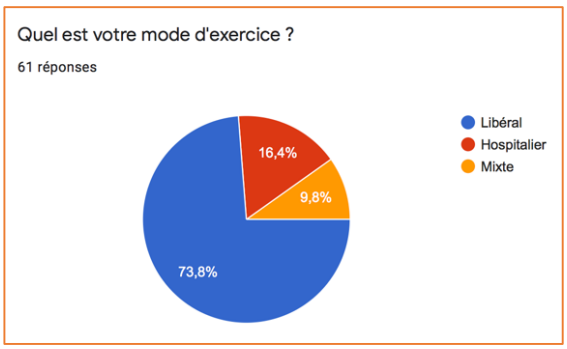




L'inclusion de suffisamment de confrères d'âges et de sexes différents pour chaque spécialité a permis de respecter l'engagement initial d'anonymisation. A cet effet, le recueil des adresses internet des répondants a été désactivée sur le formulaire. Il n'a pas été non plus demandé aux hospitaliers de préciser s'ils étaient PU-PH.

Quatre sections ont été différenciées.

- La première recueillait les critères démographiques (spécialité, âge, mode d'exercice et sexe), un aperçu de l'état émotionnel selon les trois critères du MBI test [45] (fatigue physique, cynisme, épanouissement) et une question de cadrage sur un antécédent de difficulté majeure.
- La seconde section était dévolue au recueil des ressentis, sentiments et émotions, au cours de la pratique (l'estime de soi, la carrière, les objectifs, les difficultés, la compétence, les craintes, les mises en causes, la formation).
- La troisième section questionnait sur l'aide extérieure, ses difficultés à la solliciter puis comment nous souhaiterions qu'elle soit.
- Enfin la dernière section demandait d'évaluer sa satisfaction dans le métier et de relater dans la question ouverte un fait particulièrement traumatisant de l'exercice ayant pu mettre en danger sa pratique ou son équilibre.



La plupart des questions totalement fermées ont été analysées dans des tableaux croisés dynamiques

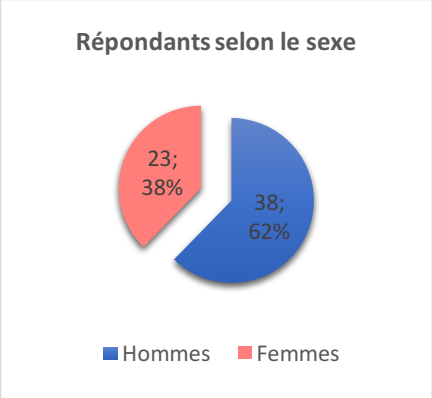
selon le sexe (homme – femme) ou le mode d'exercice (hospitalier – libéral – mixte).

B/ Résultats

SECTION I : Caractères démographiques, aperçu émotionnel selon le MBI et ATCD de difficulté.

I. Caractéristiques des répondants

Soixante-un questionnaires ont été complétés sur les 113 envoyés, soit un taux de réponse de 54%.



- ✓ Les répondants étaient à 37% des femmes (23/61), pour un taux de 35% dans la cohorte initiale (39/113). Leur taux de réponse est de 59% (23/39).
- ✓ Les hommes étaient 38 à répondre sur les 74. Leur taux de réponse est de 51% (38/74).
- ✓ Sur les 61 répondants, 16 étaient hospitaliers ou mixtes (26%) et 45 libéraux (74%).

	Hommes	Femmes	Total
Hospitaliers ou mixtes	**4**	**12**	**16**
Libéraux	**34**	**11**	**45**
Total	**38**	**23**	**61**

- ✓ **Réponses des hospitaliers :**
- ✓ Sur les 39 hospitaliers et mixtes de la cohorte de départ, 16 ont répondu (41%).
- ✓ Parmi les 16 hospitaliers et mixtes ayant répondu 12 étaient des femmes (75%) et 4 des hommes (25%).
- ✓ Parmi les hospitaliers de la cohorte de départ, ont répondu 12 des 14 femmes (soit 86%) et 4 des 25 hommes (soit 15%). Il est à noter que dans la tranche d'âge 40 – 60 ans, 1 seul praticien hospitalier homme temps plein (praticiens hospitaliers et PU-PH confondus) a répondu sur la vingtaine de la cohorte, 1 chirurgien digestif.

- ✓ **Réponses des libéraux :**
- Sur les 74 libéraux de la cohorte de départ, 45 ont répondu (61%).
- Parmi les 45 libéraux ayant répondu, 11 sont des femmes (24%) et donc 34, soit 76% des hommes.
- Parmi les libéraux ont répondu de la cohorte de départ, 11 des 25 femmes (soit 44%) et 34 des 49 hommes (soit 69%).

Age : Les âges étaient répartis de façon homogène, sauf les moins de 40 ans vraiment minoritaires. Les femmes

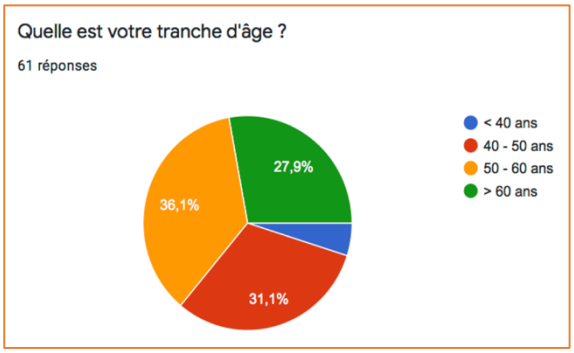


Figure 1 : Répartition des tranches d'âge.

étaient plus jeunes que les hommes.

Spécialiltés : Les types de spécialistes les plus représentés dans les réponses sont les orthopédistes avec 12 questionnaires, les chirurgiens vasculaires (11) et les chirurgiens digestifs et gynéco-obstétriciens (8). Il n'a pas été calculé de taux de répondants par spécialité.

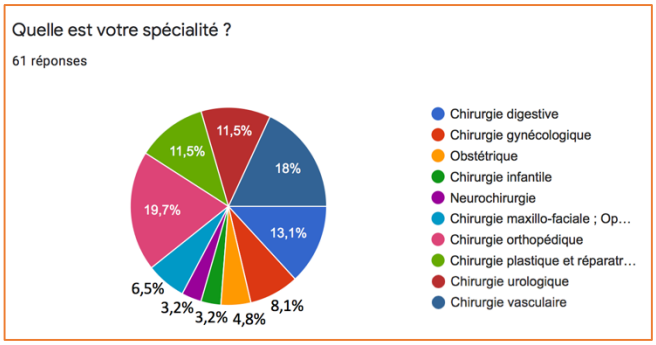
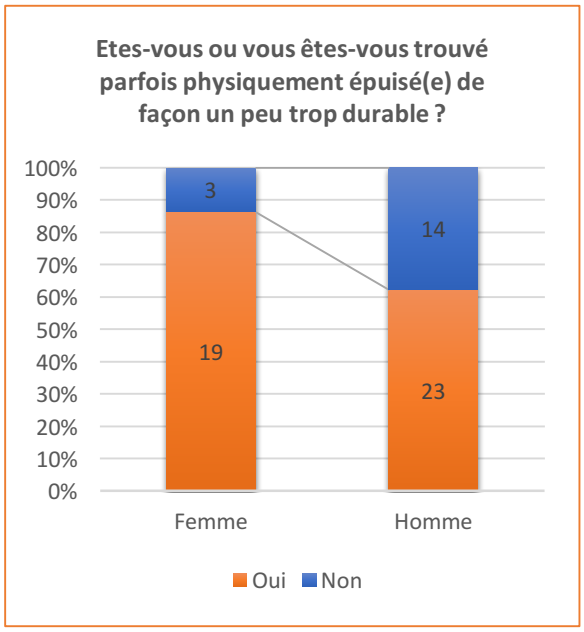
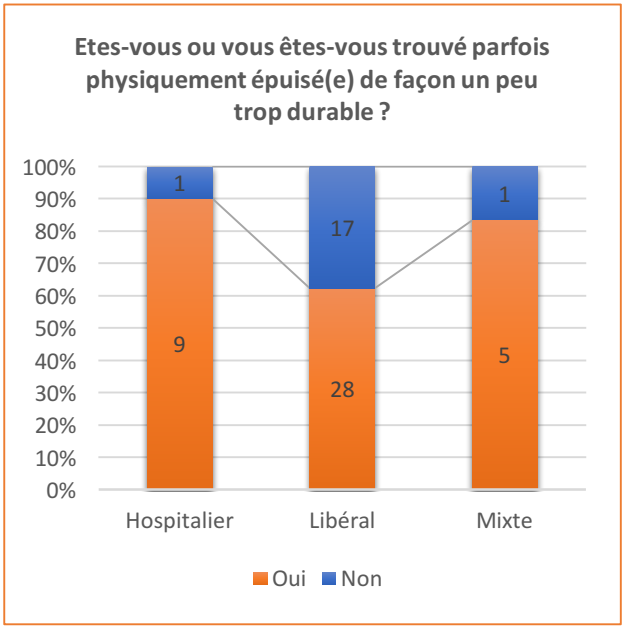


Figure 2 : Répartition des spécialités des répondants.

II. Aperçu de l'état émotionnel selon les trois critères du MBI test :

« Etes-vous ou vous êtes-vous trouvé parfois physiquement épuisé(e) de façon un peu trop durable ? »

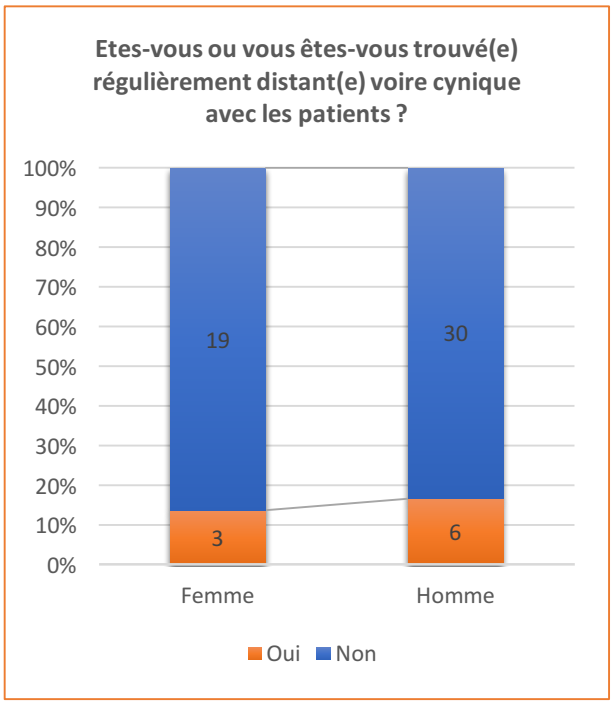


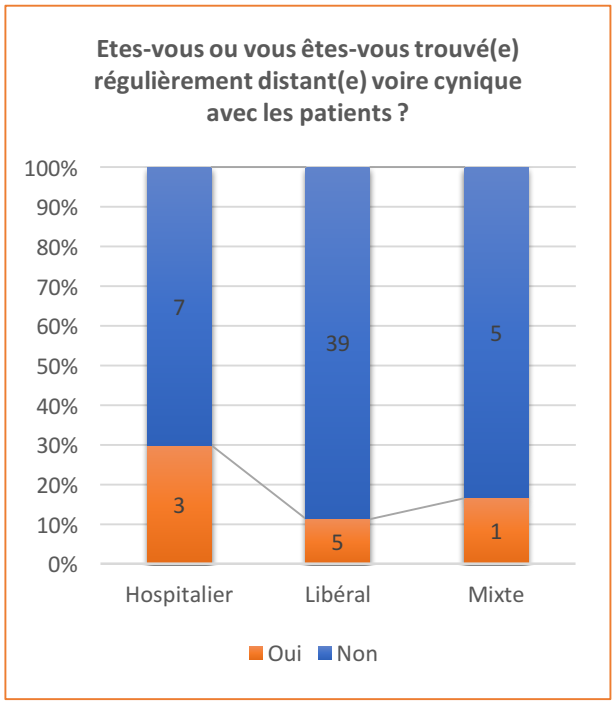


A cette première question d'approche selon l'esprit du BMI test, 69% ont rapporté une période d'épuisement durable, avec une plus forte prédominance féminine, et dans un degré moindre, plutôt hospitalière ou mixte que libérale.

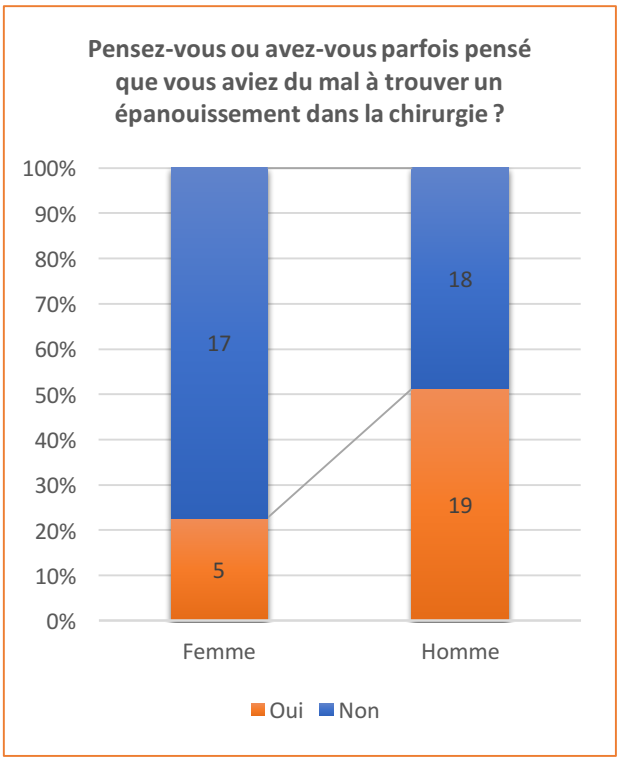
Etes-vous ou vous êtes-vous trouvé(e) régulièrement distant(e) voire cynique avec les patients ?

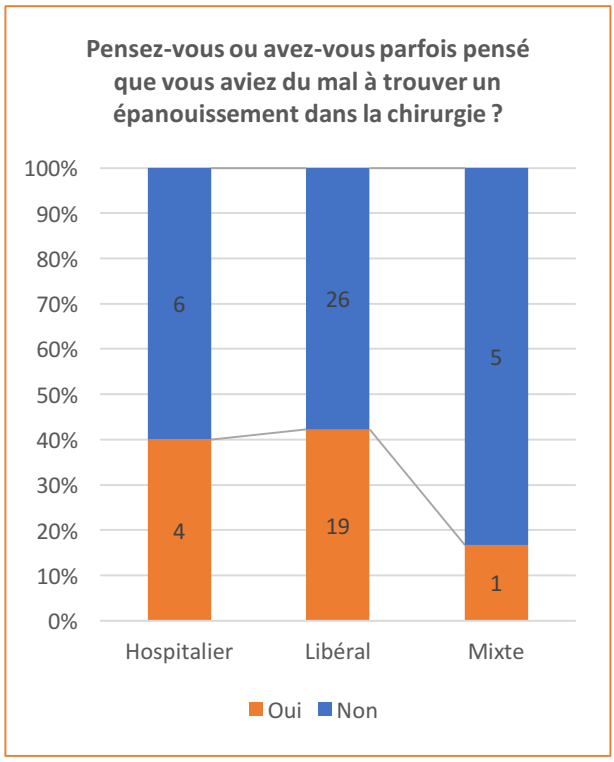
A la question concernant la dépersonnalisation, 15% se sont trouvés concernés (1 personne n'a pas répondu). Les proportions d'hommes et de femmes étaient équivalentes. Les hospitaliers relevaient proportionnellement légèrement plus de dépersonnalisation. Cependant la question ne rapporte qu'un taux de 15%, ce qui est étonnant car c'est souvent un premier signe de l'épuisement. Le terme *cynique* est-il trop culpabilisant ?





Pensez-vous ou avez-vous parfois pensé que vous aviez du mal à trouver un épanouissement dans la chirurgie ?



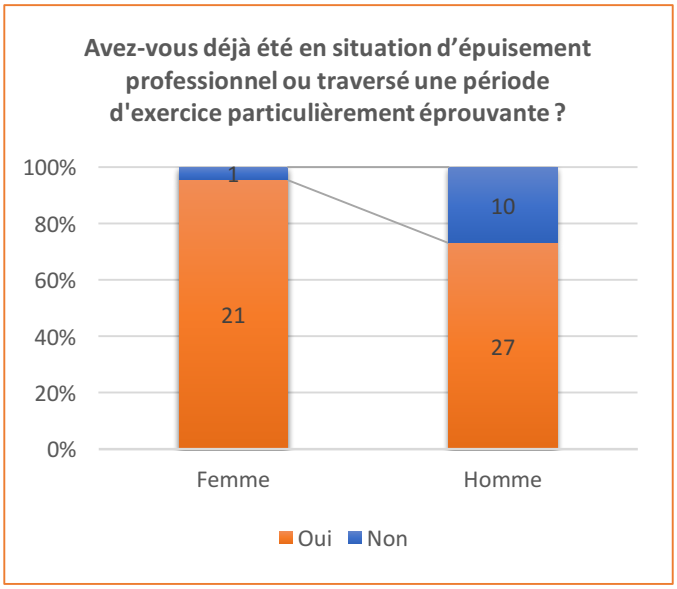


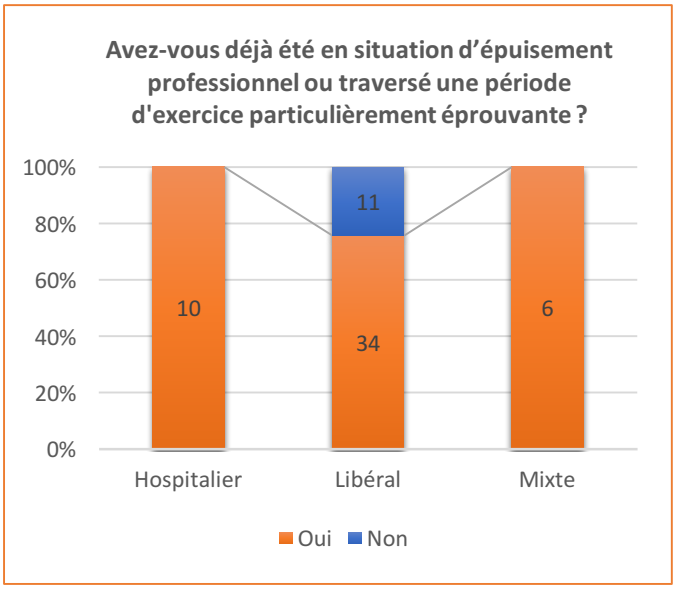
A ce troisième aspect relatif au BMI test, 39% ont rapporté un caractère peu épanouissant de la chirurgie. C'est ici un caractère nettement plus masculin que féminin, alors que le mode d'exercice ne semblait pas intervenir.

III. Question de cadrage sur un antécédent de difficulté majeure

Avez-vous déjà été en situation d'épuisement professionnel ou traversé une période d'exercice particulièrement éprouvante ?

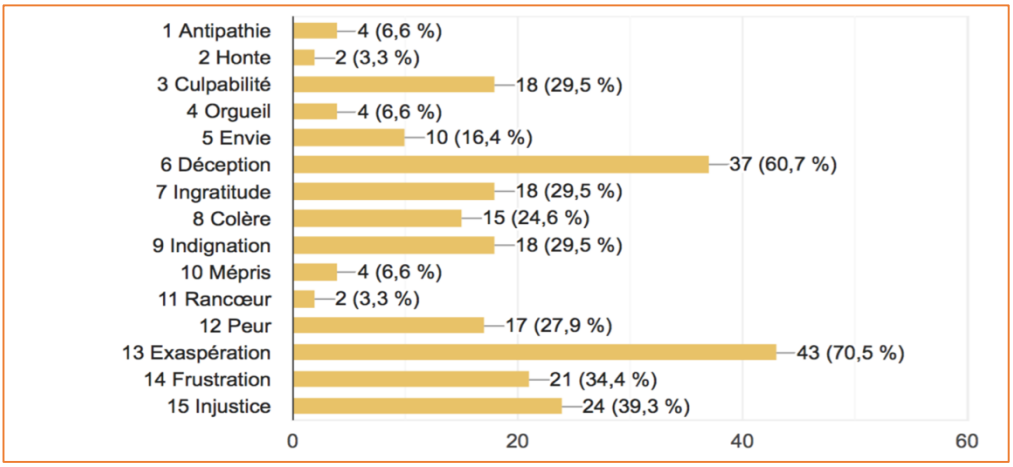
A cette question demandant clairement si une période difficile ou un état d'épuisement professionnel avaient été traversés, 82% ont répondu affirmativement. Il existait une prédominance féminine nette et une prédominance hospitalière encore plus nette : en effet tous les hospitaliers et mixtes ont répondu « oui » à cette question.





SECTION II : Recueil des ressentis, sentiments et émotions.

Dans le cadre de votre pratique, cochez les 4 sentiments ou émotions de la liste que vous ressentez le plus souvent (4 réponses) :



Deux émotions se détachent nettement, l'exaspération 70% et la déception 61%. Viennent ensuite

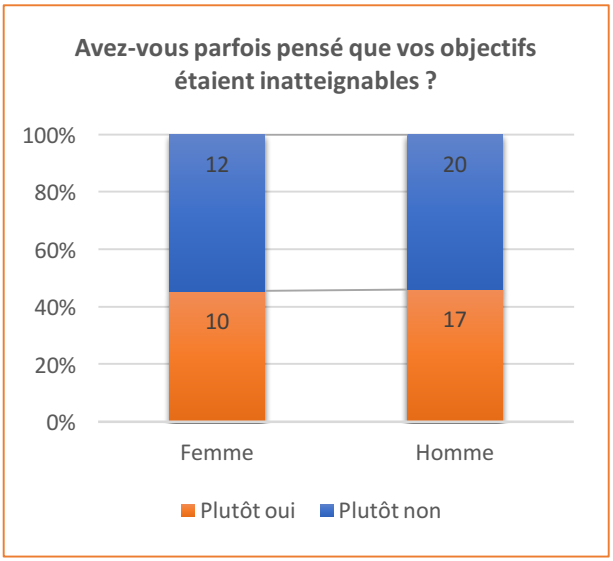
l'injustice 39% et la culpabilité, 30%. Il est à noter ici que la colère qui est un sentiment nettement rencontré en pratique chirurgicale est relativement peu cité (15 personnes, 25%) et la honte encore plus rarement (2 personnes, 3%).

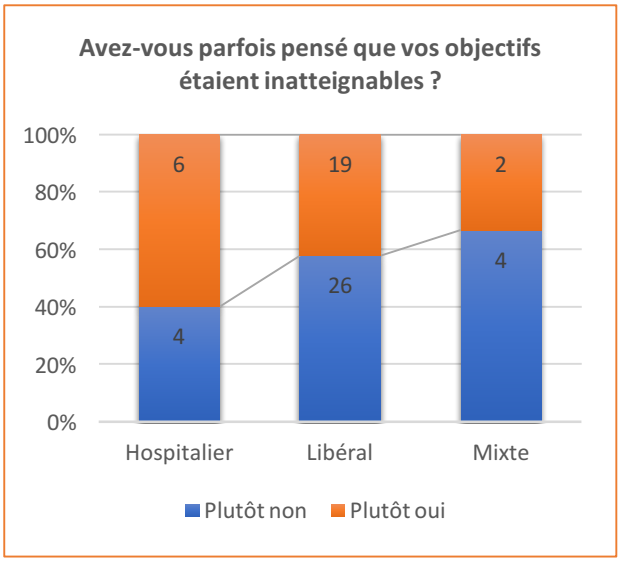
Lequel, laquelle des 4 pourrait affecter particulièrement l'estime de vous-même ?

Cette question semble avoir été mal comprise les réponses n'ayant pas été données en fonction de la question qui précédait comme il était attendu, avec de plus une grande dispersion. Toutefois culpabilité ou injustice pourraient affecter l'estime de soi.

Avez-vous parfois pensé que vos objectifs étaient inatteignables ?

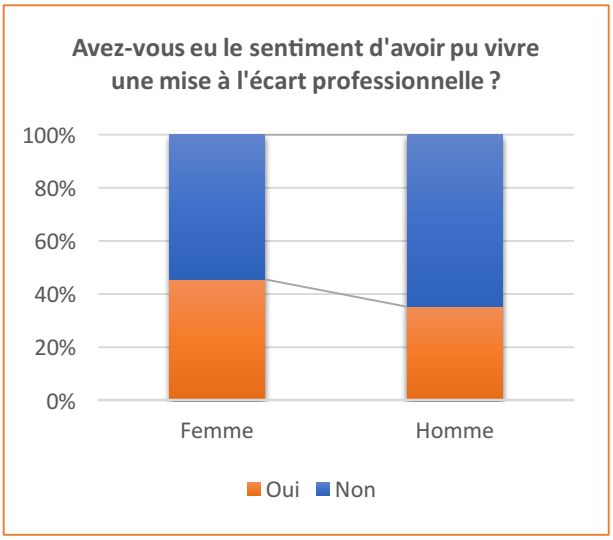
Les objectifs ont été qualifiés d'inatteignables à 44% d'une façon générale.

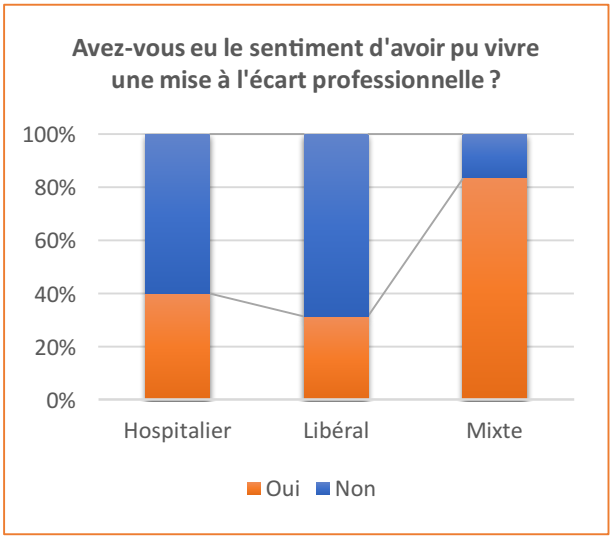




Ce caractère était indépendant du sexe. Les hospitaliers purs (40%) étaient moins sensibles à ce caractère que les libéraux et encore plus les confrères à activité mixte.

Avez-vous eu le sentiment d'avoir pu vivre une mise à l'écart professionnelle ?





Trente-huit pour cent ont répondu qu'ils avaient l'impression d'avoir eu à subir une mise à l'écart dans leur exercice professionnel.

Les femmes ont eu légèrement plus que les hommes cette impression (45 *versus* 35%).

Les libéraux (31%) sont logiquement moins impactés que les hospitaliers (40%). En revanche les confrères à activité mixte, hospitalière et libérale décrivent cette mise à l'écart de façon bien plus systématique (83%).

Selon vous une carrière réussie est liée à (une ou plusieurs réponses) ?
Quels critères cochés ci-dessus ne sont pas atteints ?
Cela entraîne-t-il une difficulté ?

Concernant l'idéation d'une carrière réussie, 3 questions étaient posées.

La première question proposait 5 items précis avec la possibilité d'émettre une autre condition dans une case ouverte supplémentaire. Parmi les 5 items, *la réputation*, *les aptitudes techniques* et *la reconnaissance de ses pairs* ont largement été cités, environ 40 fois chacun :

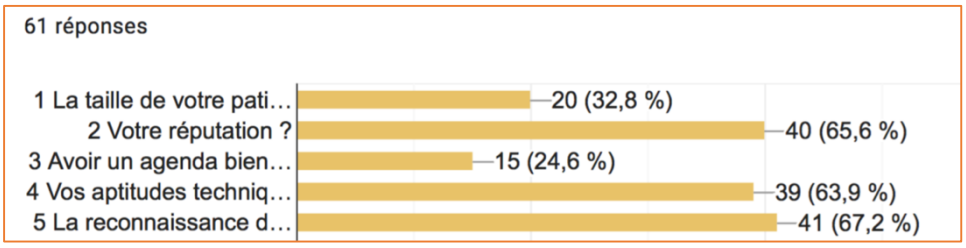


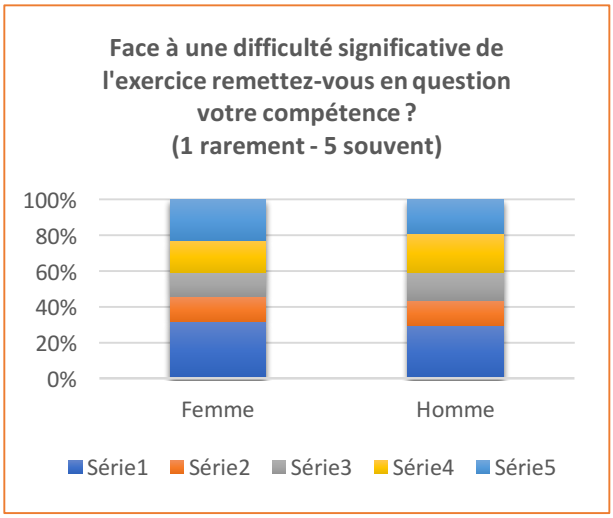
Figure 3 : les 5 items proposés pour une carrière réussie.

Il est à noter que la *réputation* était citée avant la *taille de la patientèle*.

Dix-sept confrères ont rajouté un commentaire dans la case ouverte : 8 avaient trait à la *reconnaissance des patients* (6), *leur bienveillance* (1) ou *leur satisfaction* (1), 4 à la *qualité du travail*, 3 à la *qualité des résultats*, 2 à la *qualité de l'équipe*, 2 à *l'adéquation entre les moyens et les objectifs*, et 1 au *nécessaire respect de la vie personnelle*.

Aux deux questions complémentaires sur ce thème, il a été répondu que les critères d'une bonne carrière étaient plutôt atteints, et logiquement que cela n'entraînaient plutôt pas de difficulté à 78%.

Face à une difficulté significative de l'exercice remettez-vous en question votre compétence ?



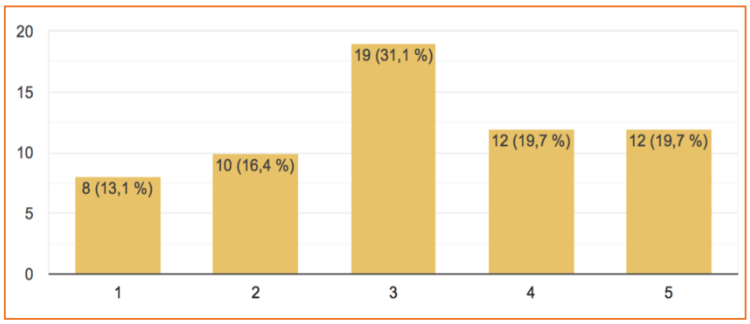


Figure 4 : Répartition de la tendance à mettre en question sa compétence

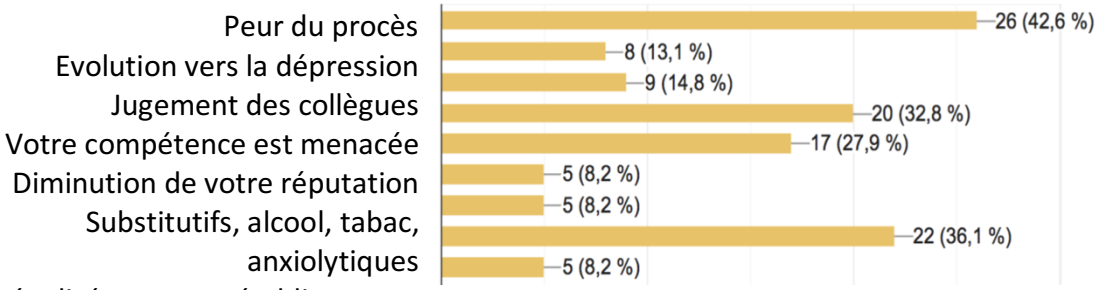
Dix-huit ont répondu *plutôt rarement* (29%), 24 *plutôt fréquemment* (40%) et 19 étaient dans la médiane (31%).

La remise en question de sa compétence apparaît être un caractère également réparti dans les deux sexes. Une analyse selon le mode d'exercice révèle peu de différence selon que l'on est libéral ou hospitalier.

Face à une difficulté significative de l'exercice quelle est votre crainte principale (3 max.) ?

Cette question était constituée de 9 propositions de réponses et 1 commentaire ouvert : *Peur du procès, Dégradation de sa santé physique* et *Menace sur sa compétence* sont les trois craintes le plus souvent rapportées, vient ensuite la *Diminution de la réputation*.

Le format de la question (3 réponses possibles + 1 case ouverte) n'a pas permis de recouper simplement les types de crainte selon le sexe ou le mode d'exercice, sauf pour la réponse *Rien de tout cela, vous restez serein* qui a été cochée 5 fois de façon isolée : 4 fois il s'agissait d'un confrère libéral, 1 fois mixte. Aucun hospitalier exclusif n'a coché cet item. Parmi les 4 libéraux, il y avait 2 hommes et 2 femmes.



Combien de mises en cause avez-vous eu à affronter ?
Une faute personnelle a-t-elle déjà été retenue ?

Soixante-dix-sept pour cent des confrères avaient moins de 5 mises en causes à déplorer, en particulier tous les hospitaliers exclusifs. 30% des libéraux en avaient plus de 5, dont 10% plus de 10. Les femmes en avaient moins que les hommes.

Parmi les 5 confrères les plus mis en cause, aucune spécialité n'était prépondérante, mais tous étaient des hommes. Chez les femmes, 96% en avaient moins de 5.

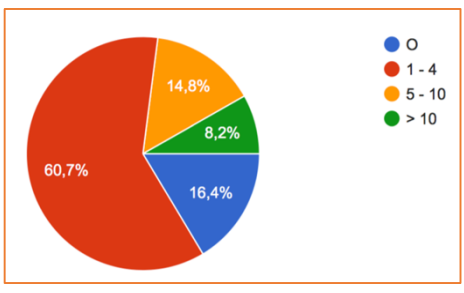
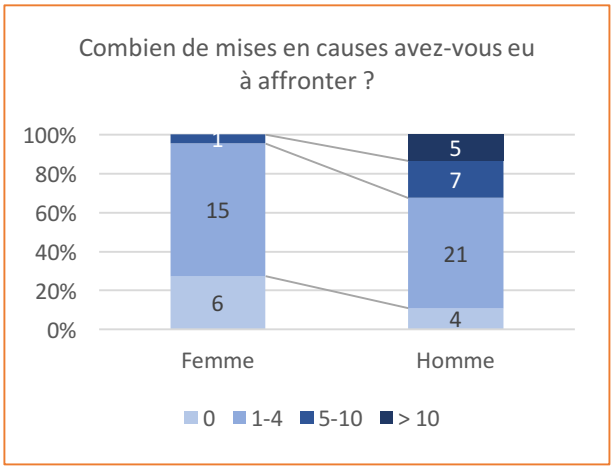
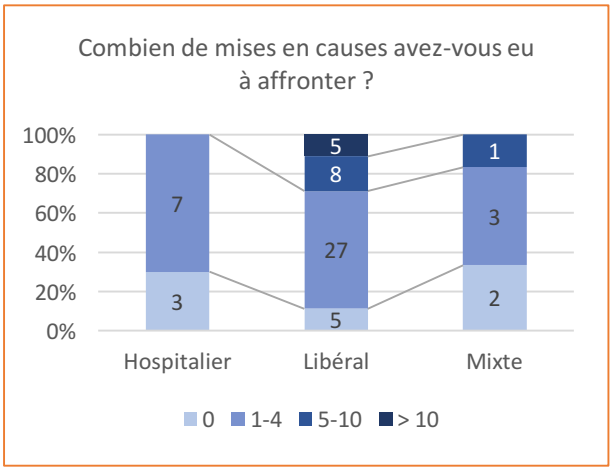
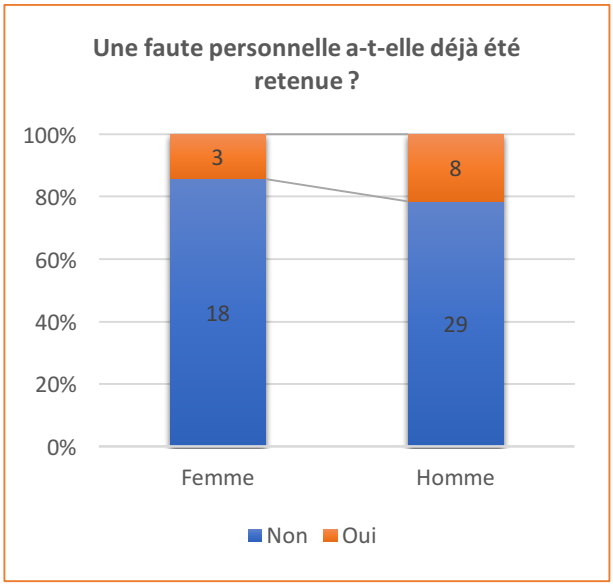


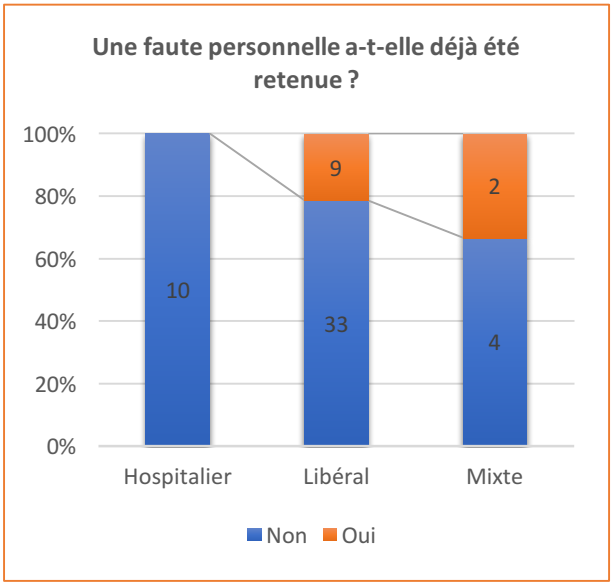
Figure 5 : Mises en cause.





Une faute personnelle a été retenue chez 11 personnes (18%). Les hommes étaient plus fréquemment impliqués que les femmes. Les hospitaliers exclusifs n'ont jamais été déclarés fautifs.





Pensez-vous avoir été formé à faire face à la survenue d'un :
Simple résultat imparfait – Echec – Evènement indésirable grave – Décès ?

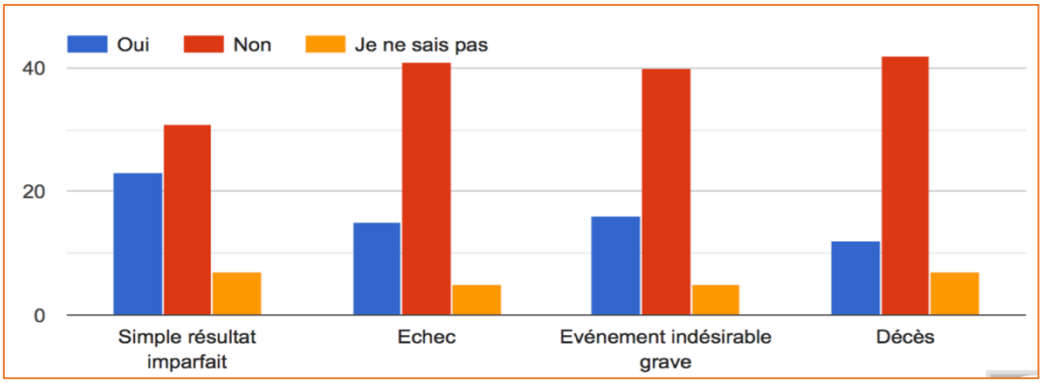
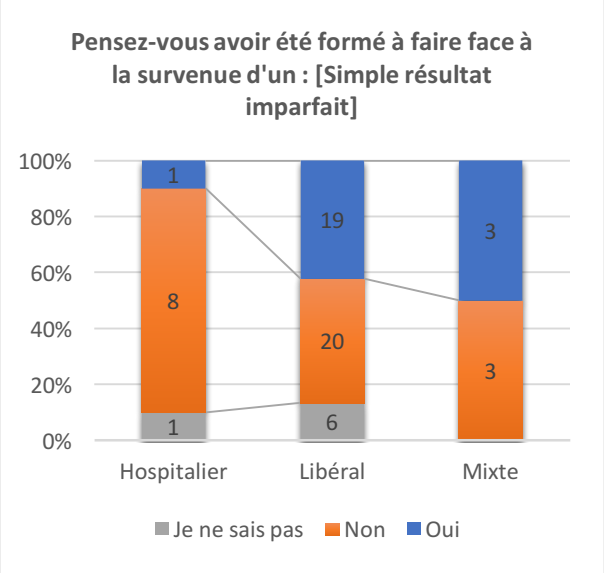
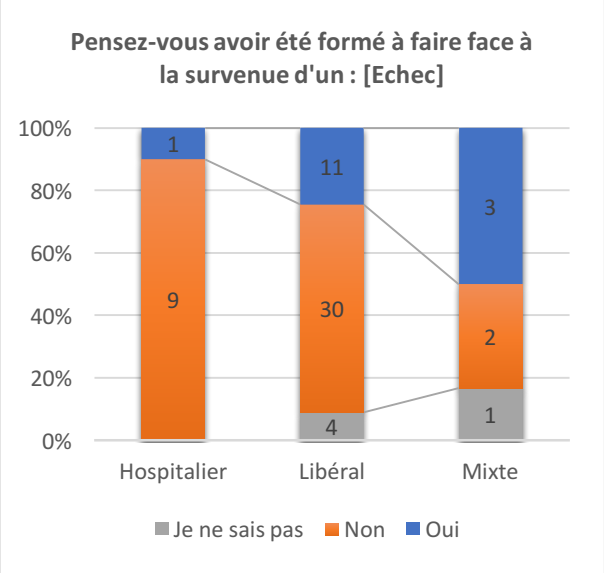
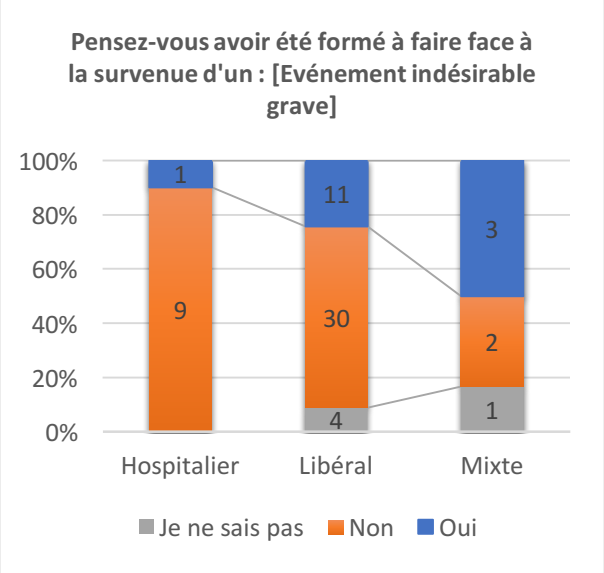


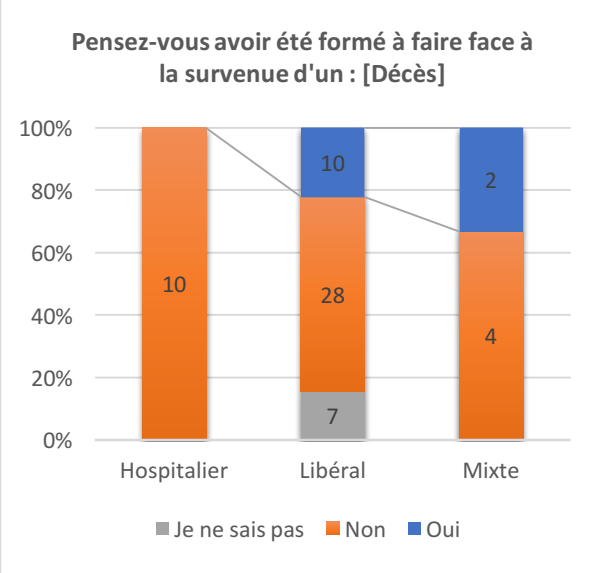
Figure 6 : Formation à faire face à la difficulté de résultat.

Concernant la formation à faire face aux difficultés de résultat, 67 à 70% des répondants considèrent qu'ils sont mal formés.









Plus la complication est grave, moins on se sent formé à faire face à une difficulté de résultat.

Les hospitaliers se sentent moins bien formés que les libéraux.

Les confrères à activité mixtes se déclarent mieux formés que les autres.

Quel type de situation a pu vous faire penser que votre compétence n'était pas à la hauteur (une ou plusieurs réponses) ?

Cette question orientée sur le sentiment de compétence comportait 8 réponses possibles et une case de réponse ouverte. Les *Mauvais résultats chirurgicaux* ont été cochés à 63%, loin devant les *Décès* 20%, et les *Difficultés techniques récurrentes* 18%.

A noter que 15% des répondants *n'ont jamais eu le sentiment que leur compétence n'était pas à la hauteur*. Il s'agissait de 8 hommes (3 vasculaires, 2 gynécos, 1 ortho, 1 plasticien) et 1 femme (orthopédiste), tous libéraux.

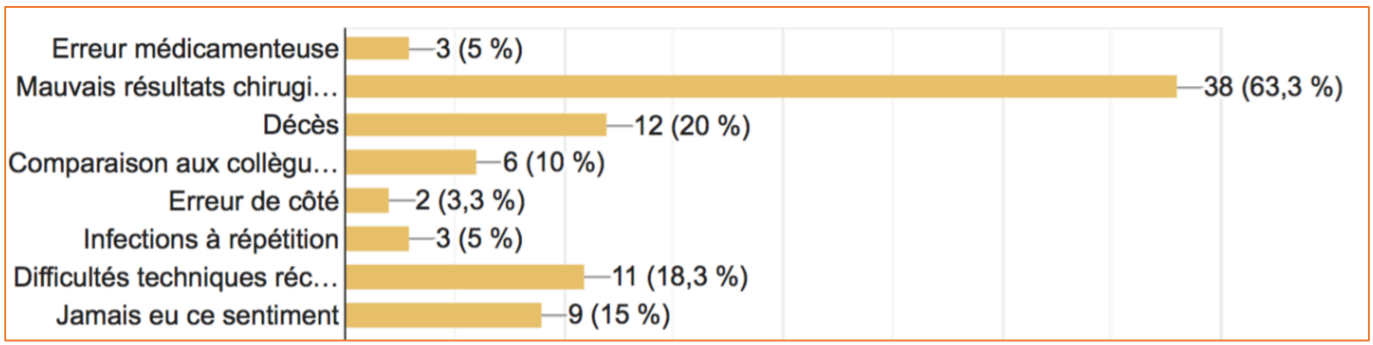
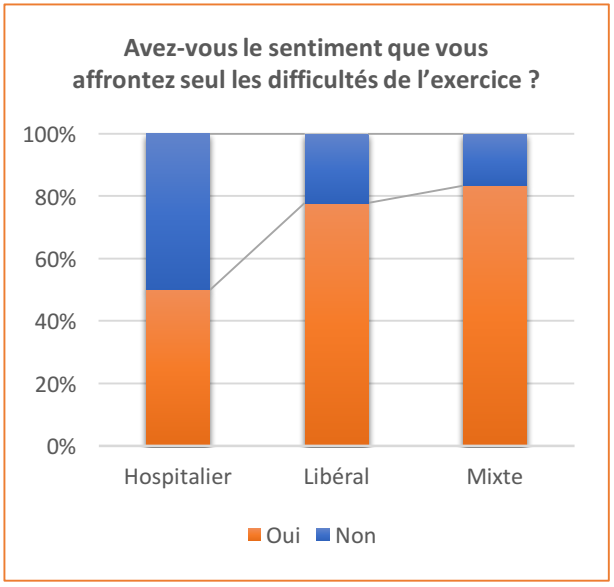


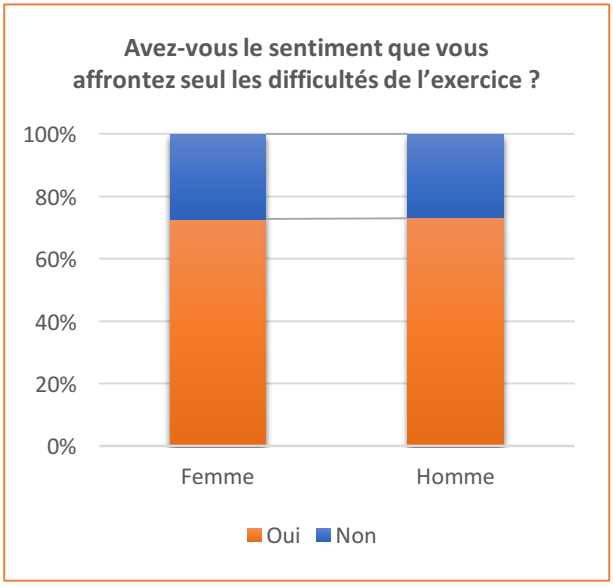
Figure 7 : Situations pouvant peser sur le sentiment de compétence.

Parmi les 38 personnes ayant coché *Mauvais résultats chirurgicaux,* les caractères *libéraux* ou *hospitaliers* et *mixtes* et *femmes* et *hommes* ne montrent pas de différence.

SECTION III : Demande d'aide extérieure

Avez-vous le sentiment que vous affrontez seul les difficultés de l'exercice ?





D'une façon générale, 74% des répondants ont le sentiment d'affronter seuls les difficultés de l'exercice. Libéraux (78%) et mixtes (83%) ont particulièrement ce sentiment, alors que pour les hospitaliers cela n'est vrai que pour 50%. Chez les hommes et les femmes il n'existe pas de différence de ressenti, avec une égalité parfaite (74%).

Quels sont vos principaux soutiens ?

La *Famille* est le principal soutien de tous, suivi des *Collègues* puis des *Amis* et enfin des *Patients*.

Cet ordre est le même quel que soit le sexe, cependant les femmes ont proportionnellement plus coché *Amis* et *Patients*.

Cet ordre est également le même entre hospitaliers-mixtes et libéraux, les premiers ayant proportionnellement plus coché *Patients* et *Amis*, et les libéraux *Famille*.

La ressource *Collègues* est légèrement plus sollicitée par les hospitaliers sans grande différence.

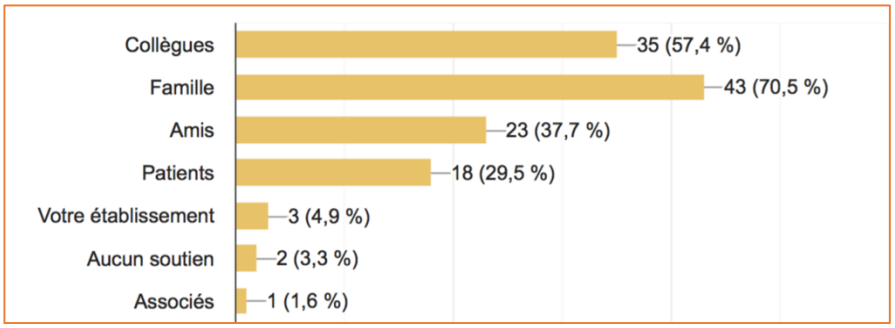
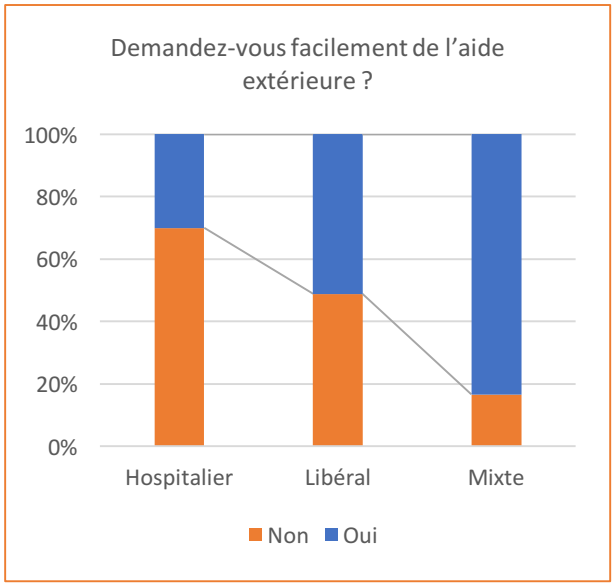


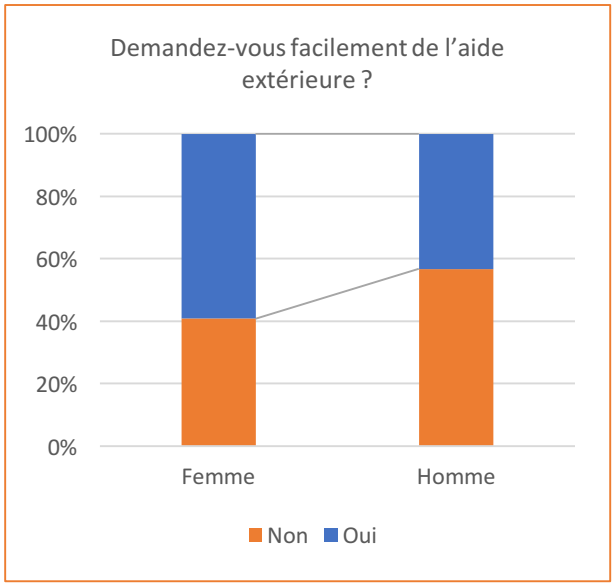
Figure 8 : Principaux soutiens.

Il est à noter que *Etablissement* ne représente que 4% des ressources signalées. De la même façon, *Associés* n'est signalé ressource que pour 1 confrère.

Demandez-vous facilement de l'aide extérieure ?
Sinon quel sentiment vous en empêche ?

La capacité à demander de l'aide est facile pour à peine 51% des répondants.





Il n'est pas retrouvé de différence selon la classe d'âge. En revanche les hospitaliers exclusifs ont plus difficultés à ce sujet. Les hommes ont un peu plus de difficulté que les femmes.

Dans l'analyse des raisons qui entravent la demande d'aide, 2 réponses *Pas le temps* et *Les évènements ne sont jamais impactant* font à elles deux 52% (15 sur 29), *Honte Orgueil et Culpabilité* 48%, de façon globalement équivalente. La *Peur* n'a jamais été cochée.

Où pensez-vous pouvoir trouver de l'aide ou une écoute ?

Il s'agissait d'une question totalement ouverte, les réponses ont été classées :

Collègues, Confrères, Ainés	28
Famille, proches	15
Amis	7
Psychologue	7
Nulle part	5
Assureur	4
Anesthésiste	2
Secrétaire	1

Fréquence des difficultés émotionnelles chez les confrères chirurgiens ? Rare à Fréquente

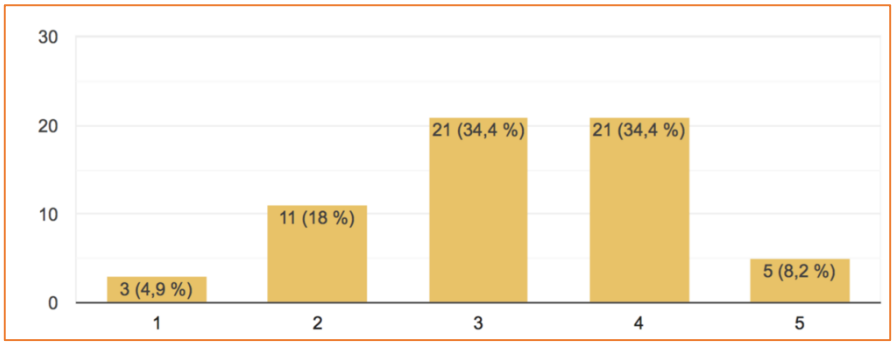
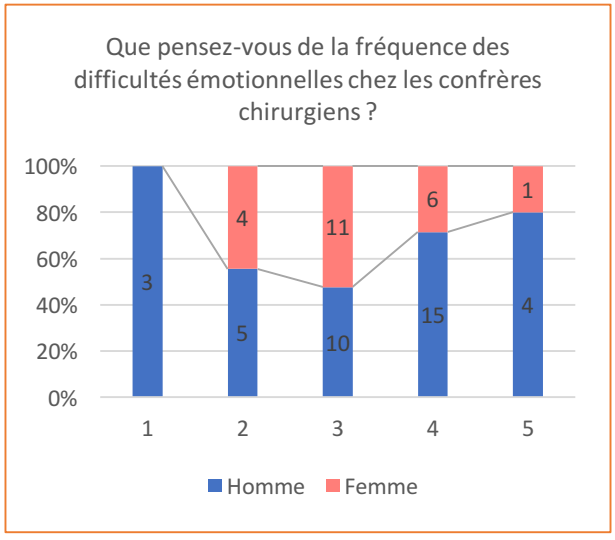
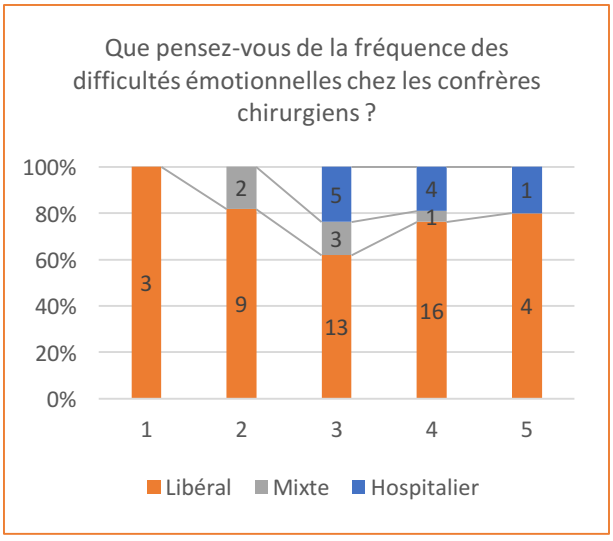


Figure 9 : Fréquence de difficultés émotionnelles des confrères chirurgiens ?





La fréquence des difficultés émotionnelles chez les autres confrères est jugée faible chez moins d'un quart des répondants (23%), quand 43% la pensent fréquente et 31% modérée.

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à penser que les difficultés sont modérées, les hommes pensent plus volontiers qu'elles sont aux extrêmes, rares ou fréquentes.

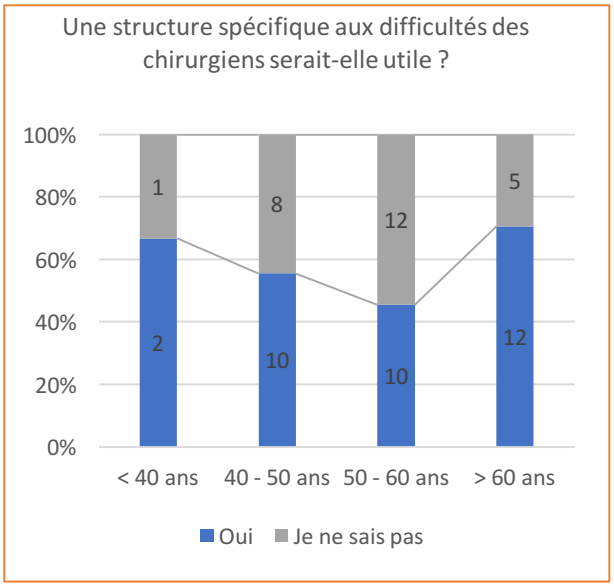
Les hospitaliers exclusifs estiment une fréquence plus élevée que ce que peut estimer les libéraux. Les confrères à activité mixte sont plus mesurés.

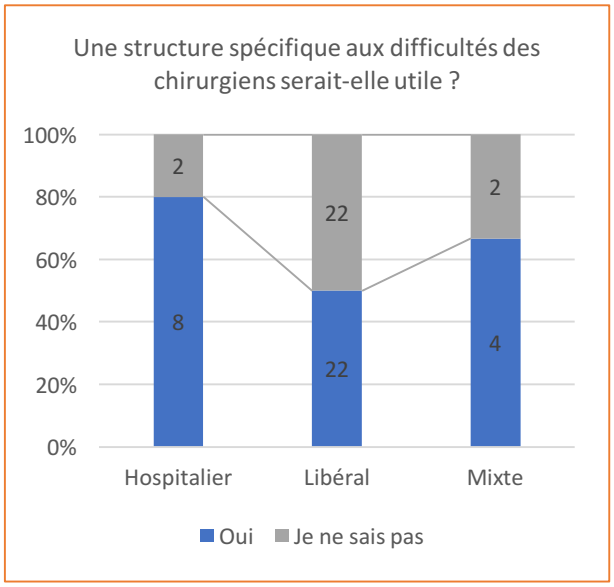
Une structure spécifique aux difficultés des chirurgiens serait-elle utile ?

Personne n'a répondu *Non*, 57% pensent que ce serait utile, les autres confrères ont répondu *Je ne sais pas* (43%).

Hommes et femmes ont quasiment le même avis. Les hospitaliers en revanche y sont favorables à 80% quand les libéraux ne le sont qu'à 50% environ.

Concernant les classes d'âge, la nécessité d'une telle structure est exprimée de moins en moins jusqu'à 60 ans puis remonte ensuite.





Si oui, où souhaiteriez-vous qu'elle soit ?
Qui souhaiteriez-vous que l'interlocuteur soit ?

Il s'agissait ici de deux questions semi-fermées, comportant des propositions de réponse et une case ouverte :

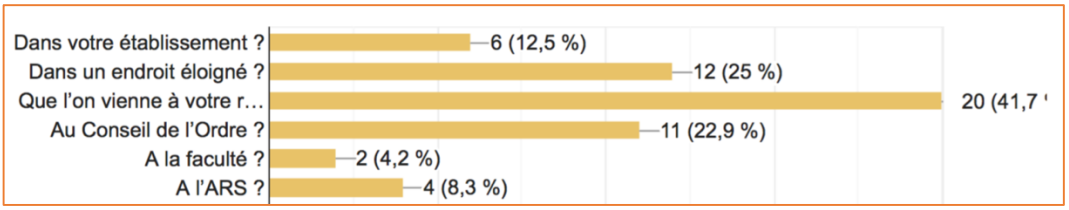


Figure 10 : où souhaiteriez-vous que soit cette structure ?

Il apparaît que structure serait plutôt souhaitable dans un lieu éloigné (sous-entendu, de son lieu d'exercice), mais surtout que l'on vienne à la rencontre du soignant si difficulté.

Ce lieu pourrait-être le siège du Conseil de l'Ordre.

Parmi les réponses de la question ouverte, il est demandé que la structure soit *simple d'accès et performante* ; en *téléservices* ; *indépendante* ; *auprès de son assureur* ; *une association de la discipline* ; *anonyme.*

La personne la plus adaptée pourrait être un *Chirurgien* à 67%, un *Psychologue* à 40% ou un *Psychiatre* à 26%.

Parmi les autres réponses il y a le *Médecin du travail* ; un *Avocat* ; une *Personne qui écoute et qui soit en capacité d'aider* ; un *Retraité disponible ayant connu les mêmes difficultés*.

SECTION IV : Satisfaction générale et question ouverte pour relater un fait traumatisant.

Votre métier vous satisfait-il ?

Concernant la satisfaction générale de l'exercice de son métier, 82% des répondants sont satisfaits.

L'analyse *Hospitaliers – Libéraux* ou *Hommes – Femmes* ne montre pas de différence.

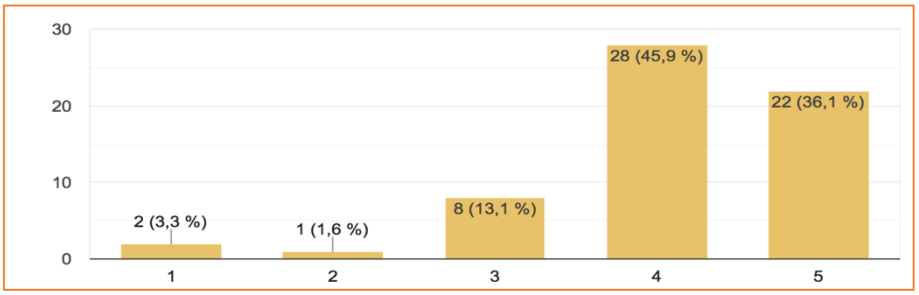


Figure 11 : Ressentis de satisfaction liés au métier. [1 : Peu - 5 : Tout à fait]

Le professionnel que vous êtes vous satisfait-il ?

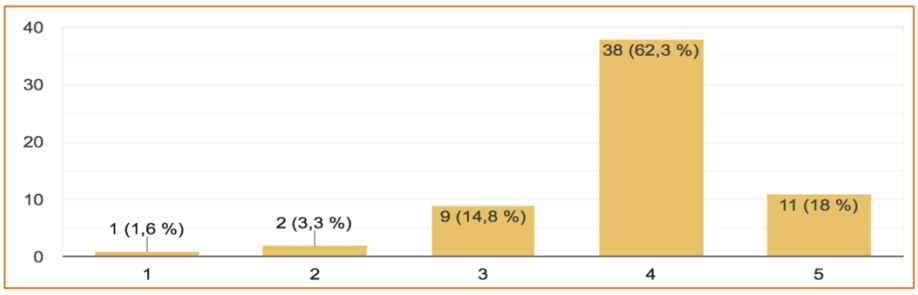


Figure 12 : Ressentis de satisfaction liés au professionnel que l'on est. [1 : Peu - 5 : Tout à fait]

Les ressentis de satisfaction liés au professionnel que l'on est sont globalement très bons à 80% [Classes 4 & 5].

Chez les libéraux le taux d'insatisfaction [Classe 1 & 2] lié à sa personne est très faible.

Les hommes sont légèrement moins satisfaits que les femmes.

Votre carrière vous satisfait-elle ?

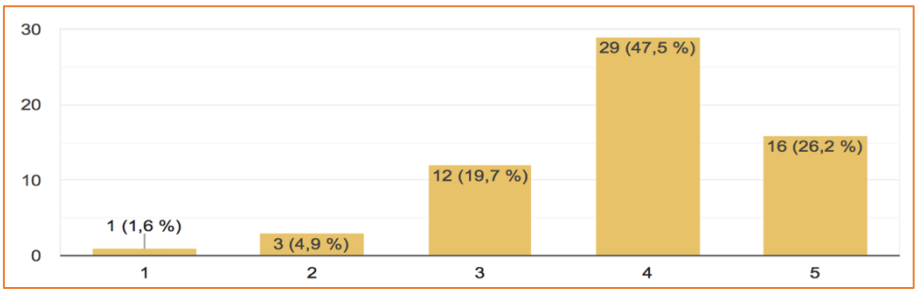


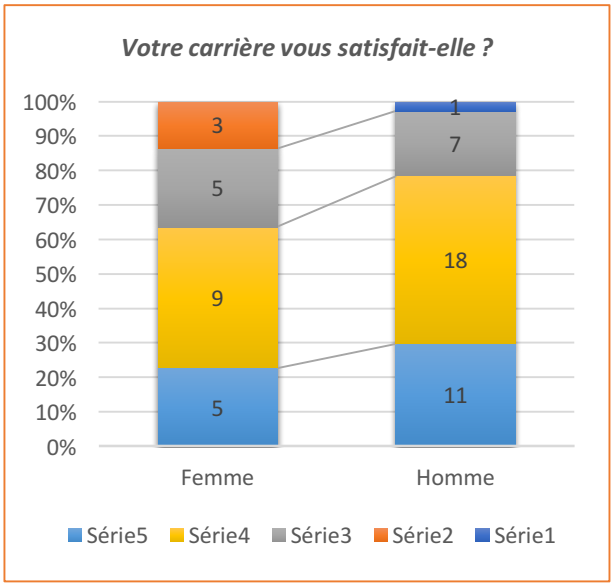
Figure 13 : Ressentis de satisfaction de carrière. [1 : Peu - 5 : Tout à fait]

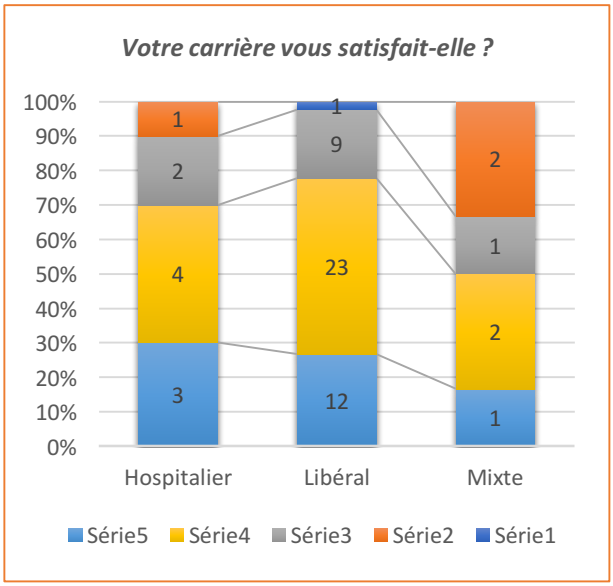
Les taux de satisfaction liés à la carrière sont légèrement moins bons avec des classes 4 & 5 à 74%.

Les taux d'insatisfactions généraux sont toujours très faibles [Classe 1 & 2].

Cependant l'analyse *Hommes – Femmes* concernant la carrière révèle une meilleure satisfaction chez les hommes.

L'analyse de la satisfaction de carrière des libéraux est meilleure que celle des hospitaliers exclusifs, mais ce sont surtout les temps partiels hospitaliers qui déclarent une satisfaction de carrière bien inférieure à celle des praticiens des deux autres modalités d'exercice :





DISCUSSION

Oser explorer le ressenti émotionnel en pratique chirurgicale aurait pu être une gageure, un chirurgien étant généralement un professionnel du soin qui « lave son linge » seul, ne montre pas ses sentiments et ne demande pas d'aide.

Il subit des normes et des tabous puissants qui concernent son infaillibilité, sa résistance aux difficultés, sa capacité à se sortir des problèmes, dans un mode de fonctionnement illusoire d'autonomie absolue. Jusqu'à peu ce chirurgien était quasi exclusivement un homme dans un milieu d'hommes, et quand on est un homme on ne pleure pas. Solidité, robustesse, courage, domination des émotions, souffrance en silence font partie du registre classique du bon *chirurgien-chevalier* au service de *sa* chirurgie. Il y a en effet dans la pratique chirurgicale une dimension d'idéal chevaleresque, avec comme quêtes transcendantes, l'amour de l'être aimé, la chirurgie, et la vengeance des affronts de l'ennemi absolu, l'échec.

Gageure qui demande à l'investigateur-chirurgien d'accomplir une basse besogne, parler de problèmes émotionnels, qui plus est à ses pairs, avec le risque que ces bons chevaliers premièrement ne parlent pas, même sous la torture, et deuxièmement lui fasse bien comprendre en retour que cette quête-ci, est digne d'un palefrenier.

Mais il n'en a (quasiment) rien été. Hormis quelques individualités rétives, le questionnaire a été bien accueilli notamment lors des appels téléphoniques ou des entrevues de couloir. Nous pensons dès lors qu'il existe une réelle demande de prise en charge des difficultés en pratique chirurgicale. La médecine a changé, les attentes ont changé, le métier forcément a changé aussi, et les chirurgiens ne demandent qu'à s'adapter :

1/ D'une part les exigences sociétales se sont accrues :

- La médecine est devenue performante. Elle est passée du simple soin palliatif à l'efficacité thérapeutique, et les patients en attendent des résultats désormais,
- La société de la transparence s'impose aussi à la communauté médicale qui ne peut plus exercer sans rendre de comptes,
- Les citoyens eux-mêmes n'hésitent plus à défier et remettre en question *l'autorité* dans un certain nombre de domaines, autorité de l'état, autorité de la science ou autorité des notabilités comme celle du médecin, du policier ou de l'instituteur : les citoyens ont de moins en moins de barrière à montrer leurs exigences ;

2/ La pratique de la médecine, chirurgie compris, a notablement changé, avec moins de bénéfices pour plus d'efforts fournis ;

3/ Le développement de la psychologie de la santé au travail, ensuite appliquée aux soignants dans les établissements, fait désormais son immixtion dans les sphères médicales et chirurgicales ;

4/ La connaissance des besoins de chaque individu en termes d'équilibre psycho-émotionnel intéresse aussi l'individu chirurgien qui se questionne sur sa propre santé.

A/ L'étude.

Limites de l'étude :

En tout premier lieu, un travail d'analyse psycho-émotionnelle en pratique chirurgicale demande des compétences particulièrement pointues dans la manière de réaliser le questionnaire, dans la teneur des questions, leur libellé, la façon de ne pas induire les réponses, leur contenu, ici spécifiquement psycho-émotionnel, ce qu'elles veulent mesurer, l'ensemble orienté à la pratique chirurgicale. Il est impératif aussi

que les formats proposés soient compatibles avec les outils informatiques d'analyse, qu'elles ne soient pas trop complexes. A posteriori, nous sommes conscients de ne pas posséder toutes ces qualités requises.

De la même façon, même si une grande attention a précédé à l'établissement de la cohorte concernant la répartition des hospitaliers et libéraux et les deux sexes pour chacune des spécialités, elle n'est pas forcément représentative de la population chirurgicale. Etablir une cohorte demande également une compétence particulière.

De l'analyse des taux de réponse :

Nous sommes satisfaits d'avoir promis puis respecté l'anonymisation des réponses, ce qui probablement explique le taux de répondants, de 54%. Ce taux est probablement dû aussi à l'appel téléphonique de sensibilisation qui a été passé à 89 des 113 chirurgiens avant envoi du questionnaire. Une relance a été réalisée la semaine suivant le premier envoi, très efficace, et décision a été prise d'arrêter à 61 réponses. D'autres études [46, 47] réalisées en chirurgie rapportent des taux de seulement 22 ou 23%.

En excluant une réponse téléphonique d'emblée très peu enjouée (mais tout de même courtoise ayant laissé un peu d'espoir), les confrères sensibilisés ont tous promis de faire de leur mieux pour y répondre. Les 24 confrères non directement sensibilisés ont eu un message téléphonique ou un mail de présentation. Quelles raisons avaient ceux qui n'ont pas répondu ? Le questionnaire était-il trop long ? Etait-il trop fastidieux avec plusieurs réponses ouvertes ? Ou simplement était-il trop impliquant émotionnellement ?

Pour quelles raisons les femmes ont-elles plus répondu que les hommes ? Avec des taux de réponses respectivement de 59 et 51% la différence est notable. Sont-elles plus sensibles à ces questions psycho-affectives ? Sont-elles plus impactées et ont-elles plus de besoins ? Ou ont-elles moins de tabous pour parler de ces sujets que les hommes ?

En préambule de l'analyse des répondants selon le mode d'exercice, il doit être précisé que le nombre de *mode mixte* était non évaluable dans la cohorte de départ. Les hospitaliers et mixtes ont moins répondu que les libéraux, avec un taux de réponse de 41% (16/39) alors que les libéraux ont répondu à 61% (45/74). Un seul praticien hospitalier homme de la tranche 40-60 ans sur la vingtaine sélectionnée a répondu. Cela pose d'autres questionnement sur le temps disponible, les réticences à une telle évaluation qui seraient à étudier par ailleurs.

De l'état d'épuisement, l'épanouissement, la satisfaction générale

Les réponses aux questions inspirées du MBI test révèlent que 69% des confrères ont pu se trouver en situation d'épuisement un peu trop durable et 41% ont du mal à trouver de l'épanouissement dans la chirurgie, chiffres alarmants qui confirme la nécessité de telles approches et par conséquent de solutions de support à inventer [30, 31].

Les trois questions finales sur la satisfaction concernant, *son métier*, *la personne professionnelle que l'on est* et *sa carrière* sont globalement rassurants malgré les réponses aux questions inspirées du MBI test : le poids de l'exercice n'atteint pas la satisfaction globale de la grande majorité des confrères. Cependant l'étude révèle que quelques-uns sont en grande souffrance.

Recueil des ressentis, sentiments et émotions.

L'exaspération : elle est ici l'émotion la plus communément rapportée dans l'exercice de la chirurgie. Nous avons tenté de la définir. Elle évoque un agacement plus intense que l'irritation, une colère résignée contenant une dose de désespérance, plutôt intériorisée, peu démonstrative, due à la répétition de

situations d'empêchement. L'exaspération peut sembler une expression de frustrations, dans lesquelles l'égo et le narcissisme ont probablement une part. Comme la déception, deuxième sentiment rapporté dans l'étude, en tant que colère elle est à la hauteur de l'investissement et de l'amour porté aux autres, à l'équipe, et de ce qu'on attend d'elle. Elle peut être liée à une attente de reconnaissance en retour de ce que l'on donne. En tant que colère elle est aussi une façon de montrer que l'on existe.

L'exaspération semble orientée vers des subordonnés hiérarchiques ou des personnes de fait que l'on place comme telles, avec plus ou moins de suffisance. Une exaspération contre soi-même serait plutôt de l'affliction avec une dose de culpabilité.

L'injustice est rapportée ensuite, seulement le questionnaire n'a pas permis d'en définir plus précisément les contours. Quelles situations sont injustes en pratique chirurgicale ? Sont-elles liées aux patients, au système hospitalier, au privé, aux hasards de l'existence ?

Concernant la colère pure, elle n'a été citée que très peu, alors que tout un chacun sait qu'elle est très présente au bloc opératoire. Est-elle culpabilisatrice au point de se cacher son existence ?

De la demande d'aide

Soixante-quatorze pour cent des répondants déclarent être *seuls à supporter les difficultés de l'exercice*, plus particulièrement les libéraux ou mixtes, ce qui est logique puisque leur pratique est par définition plus isolée. Cependant les hospitaliers se sentent seuls aussi. Hommes et femmes ont le même ressenti, faisant penser que n'intervient dans cette appréciation que de réelles problématiques de support liées à la pratique.

Les hommes ont plus de difficultés à demander de l'aide que les femmes. Paradoxalement les hospitaliers qui se sentent moins seuls que les libéraux sont moins enclins à solliciter de l'aide.

Les 4 questions concernant la *formation aux situations difficiles* révèle que beaucoup se sentent mal préparés à supporter ces mises en difficulté.

Du ressenti de compétence

La remise en question de sa compétence est une problématique qui touche 40% des répondants quels que soient le sexe ou le mode d'exercice. Logiquement elle est directement liée aux résultats chirurgicaux, et nombreux sont ceux qui l'évoquent en cas de difficulté significative.

Comme il était suspecté, la remise en question de sa compétence est une question centrale de l'équilibre psycho-affectif du chirurgien. Ce critère indépendant du sexe et du mode d'exercice semble bien centré sur la pratique elle-même.

La question sur la crainte principale confirme que la peur du procès est la première des peurs. La deuxième crainte est la dégradation de sa santé physique, préoccupation essentielle de l'équilibre. Il est discordant de constater que la peur est l'émotion citée qu'en 8ème position dans la question sur les émotions ressenties le plus fréquemment durant la pratique.

Comparaison Hommes – Femmes

Les femmes ont tout d'abord plus répondu au questionnaire proportionnellement que les hommes.

Elles déclarent être en sensation d'épuisement plus souvent, et avoir traversé plus que les hommes des périodes difficiles. Elles se plaignent également de plus de mises à l'écart et demandent plus facilement de l'aide.

Les hommes, eux, ont un manque d'épanouissement légèrement plus marqué et sont un peu moins satisfaits généralement que les femmes. Ils déclarent plus de difficultés à demander de l'aide.

Hommes et femmes ont les mêmes criantes concernant leur compétence.

Comparaison Hospitaliers – Libéraux

Tous les hospitaliers, temps plein et mixtes, ayant répondu ont traversé une période de difficultés prolongée. L'épuisement physique est plus volontiers rapporté par les hospitaliers.

Des objectifs inatteignables, ont été plus particulièrement apportés par les mixtes et aussi les libéraux.

Hospitaliers et mixtes ont un peu plus de craintes concernant leur compétence que les libéraux.

Les praticiens temps partiel sont moins satisfaits de leur carrière : est-ce parce qu'ils déclarent plus de mises à l'écart professionnelle ? Ils rapportent toutefois peu de problèmes d'épanouissement dans la chirurgie.

Concernant la question ouverte demandant de relater un fait particulièrement traumatisant.

Les épisodes de vie rapportés ici feront l'objet d'une analyse ultérieure tant les réponses sont riches d'enseignement, avec des situations vécues parfois glaçantes. Certains confrères (et consœurs) ont souhaité témoigner de vive voix de leurs difficultés en parallèle de la réponse au questionnaire. Ces entretiens seront bien sûr à poursuivre.

B/ Etudes sur l'épuisement professionnel en chirurgie :

En 1990, Green [48] et en 1995, Kent [49] pour la Grande-Bretagne et en 2001 Campbell et coll. [50] pour les USA avaient alerté sur le burnout des chirurgiens. L'étude réalisée en 2010 par Shanafelt [31] sur les chirurgiens américains révélait que l'épuisement professionnel est le meilleur indicateur de la satisfaction des chirurgiens quant à leur choix de carrière et de spécialité. Cette étude comportant 7905 chirurgiens évaluait à 8,9% l'existence d'une erreur majeure dans les 3 mois précédents, 70% rapportant une erreur personnelle plutôt que du système, confortant ainsi le fait que l'erreur chirurgicale n'est généralement pas accessible à la prise en charge systémique des erreurs. L'existence d'une erreur était ainsi corrélée à l'état d'épuisement selon le MBI. Les chiffres de notre étude confirment cette menace psychoaffective qui pèse sur la chirurgie.

Si nous avons orienté l'étude sur le vécu émotionnel en pratique chirurgicale nous n'avons pas posé de question sur les idées suicidaires. Une étude Suède parue en 2014 [51] les avait évaluées à 18% chez des chirurgiens italiens et 12% chez des chirurgiens suédois. L'étude de Shanafelt de 2010 [31] rapportait un taux d'idées suicidaire chez les plus de 45 ans 1,5 à 3 fois plus fréquent que dans la population générale. Dans l'étude de Faivre [46] 10% des internes d'orthopédie déclaraient des idées suicidaires.

En France, une autre communication récente est à citer concernant les chirurgiens séniors en orthopédie, celle de Travers en 2020 [52]. Il y met en perspective les recommandations de l'ANI [32] des risques psychosociaux, et les problématiques chirurgicales. Avec des risques de poursuite et des exigences émotionnelles particuliers, nous pensons avec lui que les « *professions chirurgicales présentent des spécificités qui justifient qu'elles soient étudiées séparément* ».

En 2021, l'étude de Dobroch [53] sur les facteurs d'épuisement chez le personnel participant à des processus chirurgicaux complexes a mis l'accent sur trois types de variables, la pression temporelle, les conflits et les responsabilités élevées.

Conclusion

Le constat de la souffrance des chirurgiens est désormais bien établi : c'est un problème généralisé des pays occidentaux. Les causes de cette souffrance sont aussi désormais bien connues et nous savons que les modèles du stress au travail sont applicables à la chirurgie. Cependant la pression de responsabilisation en chirurgie ne diminuera pas dans un avenir proche même si on peut espérer des prises de conscience institutionnelles. C'est donc au niveau des personnes qu'il nous faut agir, en prévention primaire avant que les facteurs de l'épuisement ne soient installés et en prévention secondaire, avant que les confrères exposés ne soient en épuisement.

Des dispositifs de prévention tertiaire existent déjà : MOTS, l'Entraide ordinale, SPS, ASRA, le 0800 288 038, etc., mais idéalement nous ne devrions pas avoir à nous en servir :

- ✓ En prévention primaire, travailler sur ce qui fait notre vulnérabilité, induite par les exigences du métier ou plus personnelle ; sur les situations conflictuelles avec le patient et leur gestion ; le *care* et ce qu'il implique ; enseigner les risques judiciaires et les moyens d'aide, relativiser leur importance ; alerter sur les conditions de travail délétères, quantité, qualité du travail, horaires ; travailler sur le management des équipes, infirmiers, anesthésistes, pairs, administratifs ; sur l'erreur et son sentiment de capabilité ; et même pourquoi pas sur ses failles psychologiques et son savoir être ;

- ✓ En prévention secondaire, apprendre à apporter de l'aide aux confrères en difficulté mais pas encore en épuisement ; les aider à sortir de zones de danger ; proposer des structures d'aide spécifique dédiée aux chirurgiens, tenues par des binômes *pairs - psychologues*, venant à leur rencontre.

Comme un artiste du spectacle vivant, musicien ou comédien, ou un sportif en compétition, le chirurgien fait partie des professionnels qui ont à vivre quotidiennement avec une certaine pression. Artistes ou sportifs sont dans l'attente d'un résultat, dans la performance et la virtuosité c'est à dire une haute technicité de leur tâche à accomplir. Ils n'ont de compte à rendre qu'à eux-mêmes. Ils ne craignent pas le procès, ils craignent pour leur carrière. Ils ont peur de l'échec, peur de leurs propres limites. A contrario, une intervention ne doit pas être une performance ou une virtuosité mais doit obéir à une certaine routine car nous avons à gérer la variabilité du vivant, et souvent dans l'urgence. Ainsi, quand face à cette variabilité dont nous ne sommes pas responsables nous montrons nos limites, est-il adapté que le fonctionnement du système puisse entraîner la remise en question de notre capabilité ?

A la suite des rencontres que ce travail a permises, de certains entretiens téléphoniques, à la lecture des réponses à la question ouverte, une ultime interrogation nous a parue taraudante. Peut-on interroger les confrères sur leur état émotionnel sans interroger leur relation au bonheur ?

Quelques-uns des confrères ont exprimé à travers le questionnaire leur grande difficulté. Leur motivation à cette étude a été probablement double, que leur témoignage soit utile aux autres mais aussi qu'on leur apporte de l'aide. La tâche est encore grande.

Bibliographie

[1] Art. 16-3 Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale ».

[2] Arrêt Mercier : Cour de cassation, civ., 20 mai 1936 rappelé in : *L'erreur médicale, Cl. Sureau, D. Lecourt, G. David, PUF, p35, 2006.*

[3] E. Galam : Soigner les soignants, La formation implicite des médecins et leurs fragilités, Médecine, p. 388-90, Nov. 2015.

[4] E. Galam : Devenir médecin : éclairer le *hidden curriculum*. L'exemple de l'erreur médicale. Presse Med, 43, p. 358-62, 2014.

[5] Article 221-6 du code pénal.

[6] LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner.

[7] F. DREIFUSS-NETTER, Bull. Acad. Natle Méd., 198, nos 4-5, 709-714, séance du 13 mai 2014

[8] MACSF-Le Sou Médical : La sinistralité des professionnels de santé : les chiffres clés 2020

[9] SHAM : Chiffres-clés du risqué médical 2020

[10] E. Galam : L'erreur médicale, le burnout et le soignant, Springer, 2011

[11] D. Pellerin : Les erreurs médicales, Presses de Sciences Po, n° 20/3, p.45-56, 2008.

[12] F. Bourdeaut : Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale, Laennec 60/3, p. 24-38, 2012

[13] E. Galam : Décriminaliser l'erreur médicale, Médecine, avril 2019, p.148-50.

[14] M. H. Soulet : la vulnérabilité comme catégorie de l'action publique, Pensée plurielle, 2, 10, p. 49-59, 2005.

[15] T. Mizrahi : Managing medical mistakes ideology, insularity and accountability among internists-in-training, Soc Sci Med, 19/2, p.135-46, 1984.

[16] M. Garrau, A. Le Goff : *Care*, justice et dépendance. Introduction aux théories du *care*, Paris, PUF, 2010.

[17] P. Ricœur, cité *in V. Gateau, C. Fleury : Pour une Clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé, www.chaire-philo.fr, p.7, 2020.*

[18] Cannon WB. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. Boston: MA, CT Brandford, 1929.

[19] Selye H. Confusion and controversy in the stress field. Journal of Human Stress. 1975; 1(1): 37-44.

[20] G.C. Drew : An experimental study of mental fatigue. Air Ministry Flying Personnel Research Committee Report nu 227, Great Britain, 1940.

[21] KFH Murrell : Ergonomics, Cahpman & Hall, Londres, 1965

[22] H. Selye : "The physiology and pathology of exposure to stress", ACTA Ine., (Montreal, Canada, Medical Publishers, 1950).

[23] H. Selye : "The concept of stress in experimental physiology", publié sous la direction de J.M. Tanner : Stress and psychiatric disorder (Oxford, Blackwell, I960).

[24] L. Levi : "The stress of everyday work as reflected in productiveness, subjective feelings and urinary output of adrenaline and noradrenaline under salaried and piecework conditions", Journal of Psychosomatic Research. 1964, n° 8,pp. 199-202.

[25] J. Fröberg, L. Levi : Neuroendocrine measures of work-Induced stress : Experimental and real life studies, communication présentée au XVIe Congrès international de médecine du travail, Tokyo, 1969.

[26] L. Levi : The psycho-social environment and psychosomatic diseases. Proceedings of an International Interdisciplinary Symposium (OMS et Université d'Uppsala, Suède, 1970).

[27] R.S. Lazarus, E.M. Opton, J.R. Averill : Cross cultural studies, Proceedings of 1st International Symposium on Society, Stress and Desease (1ère session) (OMS et Université d'Uppsala, Suède, 1970).

[28] J. Fröberg, CG . Karlsson, L. Levi, L. Ledberg, K. Seeman : "Conditions of work. Psychological and endocrine stress reactions", Archives of Environmental Health, n° 21, pp. 189, 1970.

[29] Maslach et Jackson, « The measurement of experienced burnout », *Journal of Occupational Behavior*, vol. 2, n° 2, p. 99–113, 1981.

[30] T.D. Shanafelt, C.M. Balch, G.J. Bechamps, T. Russell, L. Dyrbye, D. Satele, *et al. :*

Burnout and career satisfaction among American surgeons, Ann Surg, 250, 463-471, 2009

[31] T.D. Shanafelt, C.M. Balch, G.J. Bechamps, T. Russell, L. Dyrbye, D. Satele, *et al. :* Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg. ; 251(6):995-1000, 2010.

[32] Accord national interprofessionnel sur le stress au travail, Ministère du travail, de l'emploi et de l'insetion, Paris, 2008.

[33] Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job demand resign. Administrative Science Quaterly.1979; 24:285 -308.

[34] Karasek R, Theorell T. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, 1990.

[35] Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/ lox-reward conditions », Journal of Occupational Health Psychology. 1996; 1:27-41.

[36] Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003, INRS, Documents pour le médecin du travail, 2008, 115, 389-398.

[37] M. Gollac, M. Bodier : Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Paris, 2011.

[38] HAS : Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Recommandation de Bonne Pratique, mai 2017.

[39] A. Mauroux : Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail, Synthèse. Stat', N°22, DARES, 2016.

[40] Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984.

[41] Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. 1986; 50:571-579.

[42] Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist. 1989; 44:513-524.

[43] Hobfoll SE. The influence of Culture, Community, and the Nest-Self Process: Advancing Conservation of Resources Theory. Applied Psychology: An international Review. 2001; 50: 337-421

[44] Greenglass ER. Proactive coping, work stress and burnout. Stress News: The Journal of International Stress Management Association. 2001; 13, 5-8

[45] C. Maslach, S.E. Jackson et M.P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory Manual*, Menlo Park, CA, Fourth, 1996–2016

[46] G. Faivre, H. Kielwasser, M. Bourgeois, M. Panouilleres, F.Loisel, L.Obert : Syndrome de burnout chez les internes de chirurgie orthopédique et traumatologique en France : résultats d'une enquête nationale, RCO, Vol 104 - N° 8, P. 855-85, 2018

[47] G. Faivre, G. Marillier, J. Nallet, S. Nezelof, I. Clement, L. Obert : Les chirurgiens orthopédistes et traumatologues français sont-ils touchés par le syndrome de burnout ? Résultats d'une enquête nationale, RCOT, Vol 105 - N° 2, 234-9, 2019.

[48] A. Green, H L Duthie, H L Young, T J Peterst: Stress in surgeons, *Br J Surg*, Volume 77, Issue 10, Pages 1154–1158, 1990

[49] G.G., Kent, A.G. Johnson: Conflicting demands in surgical practice *Ann R Coll Surg Engl*, 77 : 235-238, 1995

[50] D.A. Campbell, S.S Sonnad, F.E. Eckhauser, K.K. Campbell, L.J. Greenfield: Burnout among American surgeons. Surgery, 4, 696–702, 2001

[51] M. Wall, K. Schenck-Gustafsson, D. Minucci, M.G. Sendén, L.T. Løvseth, A. Fridner : Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden – a cross-sectional study BMC Psychol, 2, 2014.

[52] V. Travers : Burnout in orthopedic surgeons, RCOT, Vol 106 - N° 1S, P. S7-S12, 2020.

[53] J. Dobroch et al.: Factors Predisposing to Burnout Syndrome among Medical Staff Participating in Complex Surgical Processes, Indian J Community Med. Apr-Jun 2021.