



QUE SAVENT ET QUE PERÇOIVENT LES MEDECINS DES RELATIONS ENTRE LE BURNOUT ET LA PERFORMANCE CLINIQUE ?

TJEKA R., STORDEUR S., VANDENBERGHE C., D'HOORE W. Université Catholique de Louvain.

Roger E. TJEKA

Unité des sciences hospitalières et médico-sociales, École de santé publique

Université catholique de Louvain

30 Clos Chapelle-aux-Champs. Bte 3037

B - 1200 Bruxelles, BELGIQUE

e-mail : roger.tjeka@hosp.ucl.ac.be

RESUME

Dans cette étude, la majorité des médecins de l'échantillon provenant d'un hôpital universitaire belge semblent conscients de l'influence du stress professionnel sur la performance clinique. Les mécanismes souvent invoqués sont de nature émotionnelle et se rapportent principalement aux problèmes de relations interpersonnelles ou à l'écoute des patients. Mais des données obtenues sur leur vécu grâce à un questionnaire auto-administré permettent également de relever parmi les conséquences psychologiques du stress, des conséquences cognitives pas forcément associés au burnout, susceptibles d'avoir affecté la performance de certains d'entre eux. Ce fait pas toujours reconnu et parfois nié par les médecins, mérite d'être bien considéré dans les actions de prévention des risques d'épuisement professionnel.

RIASSUNTO

Dopo questi studi 65% dei medici d'un ospedale universitario belga, sembrano coscienti dell'influenza dello stresso professionile sulla loro attività clinica. I mecanismi spessi invocati sono di natura emozionale e si riferiscono principalmente a i problemi rilazionali tra collegui, o alla capacità d'ascoltare i pazienti. Ma dalle confidenze ottenute sul loro vissuto degli avvenimenti stressanti mostrano anche una perdità di conoscenze, ma senza riferimento alla malattia di Burnout - hanno probabilmente affettato la capacità di alcuni di essi. Questo fatto non sempre riconosciuto da i medici, meritano d'essere altrimenti considerati nelli atti di prevenzione dei rischi di forte fatica professionile.

INTRODUCTION :

L'épuisement professionnel abaisse la performance au travail (1) et risque de compromettre la qualité des soins (1, 3). Il incite par exemple les infirmières à négliger leur travail et accroît l'absentéisme et le turn-over (4, 5). Ses conséquences pour les médecins ne sont pas exactement superposables. Les médecins qui souffrent de burnout ont habituellement un absentéisme très faible et conservent une satisfaction élevée au travail. Cependant, ils sont dysphoriques, dénigrent leur propre performance, se sentent coupables et craignent les erreurs, perdent le sentiment de réalisation de soi, se désengagent de la relation avec le patient, et sont insatisfaits de leur vie sociale et familiale (6, 7, 8, 9, 10). Le phénomène peut aboutir à une détérioration sérieuse de la santé, qui se manifeste par de l'angoisse, des toxicomanies, et des idées suicidaires (10).

La relation entre le stress et la performance clinique reste complexe et ne passe pas systématiquement par le burnout. De nombreuses études ont montré que la fatigue et les troubles du sommeil par exemple sont susceptibles d'influencer directement la performance clinique (10, 12), notamment en altérant la qualité de la relation avec les collègues et avec le patient (10, 13). Les mécanismes qui lient l'épuisement professionnel et la performance clinique sont malgré tout mal connus. Des mesures objectives de performance clinique sont d'ailleurs difficiles à effectuer. A l'aide d'un questionnaire, la présente étude se donne pour buts de rechercher des réponses aux questions suivantes :

- que pensent les médecins de l'influence du burnout sur la prise en charge clinique ?
- quelles conséquences émotionnelles du stress ont éventuellement déjà affecté leur performance ?
- quelles conséquences cognitives du stress ont éventuellement déjà affecté leur performance ?
- de quelle façon les médecins pensent-ils que le stress et ses conséquences affectent la performance clinique ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

A. Échantillon et données :

L'échantillon est constitué d'un groupe de 274 médecins d'un hôpital universitaire en Belgique. 91 (33,2%) d'entre eux sont des médecins assistants en cours de spécialisation. Parmi les médecins spécialistes déjà confirmés, 33,5% sont des consultants externes à l'hôpital, c'est-à-dire qu'ils ne travaillent pas de façon permanente sur le site.

Un questionnaire est utilisé pour recueillir des informations utiles auprès des médecins. Ce questionnaire a été réalisé de manière à permettre de déterminer l'intensité et la prévalence du burnout dans l'institution, et de déterminer la prévalence des conséquences émotionnelles et cognitives de stress chez les médecins, afin de vérifier si leurs connaissances des conséquences du burnout sur la performance clinique peuvent témoigner d'un vécu plutôt que d'un savoir. Il comprend cinq grands groupes de questions :

- données personnelles (âge, sexe, langue maternelle, état civil, ancienneté, % de temps de travail, département, fonction);
- identification des facteurs de stress (facteurs professionnels, personnels, environnementaux...);
- évaluation des conséquences du stress : tension et troubles psychologique, dépersonnalisation, épuisement professionnel (échelle d'épuisement émotionnel du questionnaire de Maslach (14) , satisfaction au travail ;
- efficacité perçue du service (adaptation du questionnaire de Shortell et Rousseau (15);
- auto-évaluation de la performance clinique.

Cette performance clinique est subjectivement évaluée à travers deux types d'informations recueillies dans ce questionnaire :

- Les connaissances dont jouit le médecin des relations entre le stress et la performance clinique.
- Les confidences volontairement relatées sur son vécu de symptômes émotionnels (exemple : la dépression, l'irritabilité, la fatigue...) et cognitifs (exemple : la démotivation, la déconcentration, les trous de mémoire...), considérés comme consécutifs au stress et ayant déjà affecté sa performance clinique.

B. Méthode d'analyse :

Après vérification manuelle des réponses reçues, les questionnaires ont été encodés et les données analysées à l'aide du logiciel Statistical Analysis System (version 6.12). Les données relatives au burnout ont été analysées selon la méthode décrite par Maslach (14)

RÉSULTATS :

A. Échantillon étudié, poste et conditions de travail :

Un total de 115 réponses aux questionnaires sont exploitables, soit un taux de réponse est de 41,97%, dont 27% de femmes et 73% d'hommes. L'âge moyen est de 37,5 ans {25 - 56}. L'ancienneté moyenne dans la profession est de 11,2 ans {0,3 - 31}, logiquement plus basse chez les assistants en spécialisation qui constituent un tiers des répondants.

81,5% des sujets travaillent à temps plein, dont une majorité d'hommes, la moitié des femmes travaillant à temps partiel. Le temps consacré à la profession est auto-estimé à 58,7 heures /semaine (SD 15,7) en moyenne. L'activité principale est clinique (44,9 SD=14 heures/semaine) et 96,3% de l'ensemble des répondants ont un contact direct et régulier avec les patients. Le reste du temps est consacré à la

recherche (4,16 SD=7,81 heures), la formation continue (3,56 SD=3,94 heures) ou des tâches administratives (6,5 SD=8,52 heures).

85,5% des sujets sont mariés ou mènent une vie de famille.

B. État de connaissances des médecins sur les relations stress - performance clinique:

65% des médecins pensent que le stress peut influencer la performance clinique. Une majorité d'entre eux estiment que le stress pourrait interférer sur leur capacité d'écoute du patient et la qualité des relations avec leurs collègues, et ainsi altérer leur performance. Mais ils ne pensent pas que le stress pourrait influencer leur démarche diagnostique, leur capacité de jugement ni leur habileté technique.

Ces réponses sont indépendantes de l'ancienneté dans la profession : aucune corrélation n'a été trouvée entre les mécanismes évoqués par les médecins et leur appartenance au groupe des assistants encore en spécialisation ou des membres du cadre déjà spécialistes.

C. Vécu des médecins :

92,9% des sujets reconnaissent que la fatigue a déjà influencé leur performance ; de même que la mauvaise humeur et l'irritabilité (76,8%), la tendance à l'oubli (63,4%), les troubles de concentration (69,9%) et la tendance à être distrait (63,1%). La démotivation au travail semble aussi avoir par moment, influencé la performance de 47,7% des sujets. Par contre, les modifications du comportement (tabagisme, abus d'alcool ou de drogues...) sont rarement signalés (95,2% de réponses négatives), de même que les symptômes à connotation psychique (angoisse, dépression, frustration).

Ce vécu semble différent selon que les répondants sont des médecins spécialistes déjà confirmés ou au contraire, encore assistants en spécialisation : dans l'ensemble, les symptômes cognitifs semblent avoir plus souvent affecté la performance clinique de ces derniers. C'est notamment vrai pour les troubles de la concentration et la démotivation au travail. La démotivation est inversement associée à l'ancienneté dans la profession ($p < 0,0000$) qui est rapportée par 47,7% des sujets.

D. Performance subjective auto-évaluée et burnout:

Tableau 2 : associations entre le vécu des sujets, leurs connaissances des mécanismes du stress sur la performance clinique, et leur niveau de burnout.

Variable	Oui		Non		p
	n. (%)	burnout moyen	n. (%)	burnout moyen	
Conséquences émotionnelles du stress.					
Fatigue	104 (92)	28.05	9 (8,0)	23.78	0.3124
Mal-être physique	27 (25)	33.63	81 (75)	25.46	0.0021
Troubles de l'humeur	86 (76,8)	29	26 (23,2)	23.75	0.0531
Frustration	46 (41,8)	32.93	64 (58,2)	23.85	0.0001
Dépression	23 (21,3)	38.50	85 (78,7)	24.92	0.0000
Angoisse	34 (31,5)	33.	74 (68,5)	25.43	0.0026
Manque de confiance en soi	50 (46,3)	30.14	58 (53,7)	25.39	0.0416
Tabagisme, abus d'alcool, médicaments...	5 (4,8)	37.80	100 (95,2)	27.32	0.0613
Conséquences cognitives du stress					
Tendance à l'oubli	71 (63,4)	29.09	41 (36,6)	25.67	0.1561
Manque de précision	48 (43,2)	29.81	63 (56,8)	26.48	0.1567
Démotivation	53 (47,7)	33.42	58 (52,3)	22.75	0.0000
Troubles de mémoire	50 (46,3)	30.49	58 (53,7)	25.75	0.0434
Tendance à la distraction	70 (63,1)	29.54	41 (36,9)	24.50	0.0349
Troubles de concentration	75 (68,8)	29.04	34 (31,2)	25.32	0.1406
Mécanismes de l'influence du stress sur la performance clinique					
Écoute du patient	78 (71,6)	28.09	31 (28,4)	27.36	0.7815
Interférence avec la démarche diagnostique	42 (38,5)	28.31	67 (61,5)	26.98	0.5795

Jugement biaisé	44 (41,5)	27.49	62 (58,5)	27.64	0.9522
Problèmes relationnels avec les collègues	82 (75,2)	29.44	27 (24,8)	23.36	0.0261
Réduction de l'habilité technique	39 (36,8)	27.81	67 (63,2)	28.06	0.9233

En moyenne, les sujets qui reconnaissent que l'une ou l'autre conséquence du stress a déjà influencé leur performance au travail présentent un degré actuel d'épuisement professionnel plus élevé que les autres. Ceci est particulièrement vrai pour les manifestations émotionnelles du stress, et notamment pour la dépression et la frustration, mais aussi pour certains comportement comme l'abus d'alcool ou de médicaments. Mais seulement 4,8% des sujets rapportent que leur attitude en matière du tabagisme, de l'alcoolisme ou de l'auto- médication en situation de stress, peut avoir influencé leur performance.

75,2% des sujets mentionnent que les troubles de relations interpersonnelles (relations avec les autres collègues) diminuent la performance clinique. Le taux de burnout parmi ce groupe est plus élevé ($p < 0,0261$)

DISCUSSION :

De nombreuses études ont montré que les conséquences mentales du stress ne sont pas rares chez les médecins. Ramirez et al.(13) estiment à 27% la prévalence de la morbidité psychiatrique consécutive au stress dans un groupe de 882 consultants. Caplan (16) trouve 29% d'anxiété symptomatique et 27% de dépression dans son échantillon. Dans un autre hôpital universitaire en Belgique, D'Hoore et Stordeur (17) trouvent que 45% du personnel médical a un épuisement émotionnel moyen (burnout =26,6 SD 9,8), tandis que 36% a un épuisement élevé et seulement 19% a un épuisement défini comme faible.

Dans notre étude, il apparaît que les médecins dont les réponses au questionnaire témoignent d'un degré élevé d'épuisement professionnel ont reconnu d'une façon générale, avoir déjà présenté une baisse de leur performance au travail, généralement à la suite de symptomatologie de nature émotionnelle. Pour la majorité d'entre eux, c'est le stress associé à la détérioration des relations entre collègues (75,2% des répondants) et à la qualité des relations avec le patient (71,6% des répondants) qui explique la diminution de la performance clinique. Pourtant, 63,4% des médecins reconnaissent qu'il leur est déjà arrivé d'oublier de faire quelque chose qui ait pu diminuer leur performance, mais seulement 46,3% des sujets rapportent des trous de mémoire... Des troubles de concentration (68,8% des répondants) et la distraction (63,1% des répondants) sont aussi signalés parmi les médecins qui reconnaissent avoir vu leur performance réduite. Il est possible que ces incohérences dans les réponses soient dues à la formulation du questionnaire, il n'en reste pas moins vrai que des troubles cognitifs aussi peuvent affecter la performance clinique, probablement en interférant avec la démarche diagnostique, le jugement ou en altérant l'habileté technique.

Le manque de confiance en soi et la démotivation au travail sont plus souvent rapportés par des médecins assistants, a priori plus jeunes et moins anciens dans la profession. Ce fait est probablement lié à la nature ou au type de stress qui pourrait être différent de celui que vivent les autres médecins et membres du cadre déjà spécialisés.

Il est intéressant de noter que, à l'exception de la démotivation, les médecins qui déclarent que le stress a eu chez eux des conséquences sur la plan cognitif ne semblent pas éprouver un niveau de burnout élevé. Par ailleurs, les réponses données par les médecins pour expliquer les effets du stress sur la performance clinique ne permettent pas en tant que tel de prédire leur niveau de burnout.

Les réponses des sujet de cet échantillon témoignent donc probablement de leur vécu plutôt que de leur savoir des relations qui lient l'épuisement professionnel et la performance clinique, mais ce vécu ne semble guère préjuger des connaissances théoriques qu'ils ont des mécanismes mis en jeu. De fait, de quel savoir est-il question? Ni la spécialité médicale exercée, ni l'ancienneté ou l'expérience du médecin dans la profession ne semblent prédire des risques ou du niveau de burnout. Dans l'étude de D'Hoore et Stordeur en Belgique (17), le niveau plus élevé de burnout chez les jeunes médecins (médecins-assistants en spécialisation) pouvait s'expliquer par les différences dans leur statut dans l'hôpital par rapport aux autres membres du cadre, et par la structure organisationnelle. Dans notre étude, ni la prise de conscience des effets du stress sur la performance, ni les mécanismes invoqués ne semblent dépendre de l'ancienneté dans la profession et dans l'hôpital, et donc a priori, du niveau de connaissance théorique.

CONCLUSIONS :

Les conséquences émotionnelles du stress semblent fortement associées à un burnout élevé chez les médecins interrogés. Il est possible que ceci témoigne du vécu des sujets.

La fatigue et les troubles de l'humeur sont les causes reconnues comme ayant déjà affecté la performance clinique. Certaines manifestations cognitives du stress sont aussi déclarées être associées à une diminution de la performance, mais elles semblent moins associées au burnout.

Contrairement à une étude récente de Sexton et al.(12) , les médecins de l'échantillon sont mieux au courant des conséquences du stress (ou peut-être l'ont-ils vécu), mais ils semblent ignorer que l'influence du stress sur la performance clinique ne se fait pas seulement par le biais de l'émotion, mais aussi par des atteintes cognitives (troubles de concentration et de mémoire, tendance à la distraction).

Comme le burnout est inversement corrélé à l'efficacité perçue (telle qu'on peut la mesurer à l'aide du questionnaire de Shortell et al.(15) et qui réfère à la capacité de l'équipe à retenir ses meilleurs éléments, à atteindre ses objectifs en termes de qualité des soins, et à répondre aux besoins des familles et des patients), on peut craindre que dans les unités où le nombre de sujets en burnout est grand, les performances de l'équipe soient quelque peu altérées. Une organisation structurelle du travail qui favorise de bonnes relations interpersonnelles et qui aide à l'amélioration des relations avec les patients (écoute du patient) permettra sans doute de minimiser les risques. Toutefois il apparaît important de rappeler que d'autres signes mentaux du stress tels que les troubles de la concentration et de mémoire, la tendance à la distraction ou la démotivation au travail sont aussi susceptibles d'altérer la performance clinique. Ce fait est d'autant plus important à considérer qu'il est souvent nié lors d'une auto-évaluation.

RÉFÉRENCES :

- 1 (Motowidlo et al., 1986) Motowidlo SJ, Packard JS, Manning MR. Occupational stress : its causes and consequences for job performance. *J Appl Psychol* 1986; 71 : 618-629.
- 2 (Dugan et al.,1996) Dugan JD, Lauer E, Bouquot Z, Dutro BK, Smith M, Widmeyer G. Stressful nurses : the effect on patient outcomes. *J Nurs Care Qual* 1996; 10 : 46-58.
- 3 (Firth-Cozens, 1993) Firth-Cozens J. Stress, psychological problems, and clinical performance. in Vincent C, Ennis M, Audley R eds. *Medical accidents*. Oxford University press, 1993, pp. 131-149.
- 4 (Lee et al.,1996, Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996; 81 : 123-133.
- 5 (Parasuraman, 1989) Parasuraman S. Nursing turnover : an integrated model. *Research in Nursing & Health* 1989; 12 : 267-277.
- 6 (Arnetz BB. Physicians' view of their work environment and organisation. *Psychother Psychosom* 1997; 66 : 155-162.
- 7 (Bertram DA, Opila DA, Brown JL, Gallagher SJ, Schifeling RW, Snow IS, Hershey CO. Measuring physician mental workload: reliability and validity assessment of a brief instrument. *Med Care* 1992; 30 : 95-104.
- 8 (Deckard et al., 1994; Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout : an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care* 1994; 32 : 745-754.
- 9 (Fields et al., 1995; Fields AI, Cuerdoon TT, Brasseur CO, Getson PR, Thompson AE, Orlowski JP, Younger SJ. Physician burnout in pediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995; 23 : 1425-1429.
- 10 (Firth-Cozens et al., 1997) Firth-Cozens J, Greenlough J. Doctors' perception of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44 : 1017-1022.
- 11 (Seltzer J, Numerof RE, Bass BM. Transformational leadership : is it a source of more burnout and stress ? *JHHRA* 1989; Fall : 175-185.

12 Sexton et al., 2000) Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320:745-749.

13 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory MM. Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet* 2000 ; 347 :724-28

14 Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory* (2nd edition) Palo Alto, CA,. Consulting Psychologists Press, 1986

15 Shortell SM, Rousseau DM, Hughes EFX, Gillies RR. The organization and management of intensive care units. J.L. Kellogg Graduate School of Management and the Center for Health Services and Policy Research, Northwestern University, 1989.

16 Caplan RP. Stress, anxiety, ad depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994; 309 : 1261-1263.

17 D'Hoore W, Stordeur S. *Etude du stress occupationnel parmi les membres du Corps médical des Cliniques Universitaires Saint-Luc*. 1998 - Non publié