

## Ressenti du personnel

### Staff experiences

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

#### EP094

#### Ressenti de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus : enquête auprès des personnels soignants des secteurs de soins critiques de l'interrégion Sud-Méditerranée

C. Boutin<sup>1</sup>, C. Roger<sup>1</sup>, C. Castelli<sup>2</sup>, G. Dingemans<sup>3</sup>, J.Y. Lefrant<sup>4</sup>, F. Vachiéry-Lahaye<sup>5</sup>, L. Müller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service des réanimations, unité de réanimation médicale, coordination hospitalière de prélèvements, CHU de Nîmes, hôpital Carêmeau, Nîmes, France

<sup>2</sup>Service Bspim, CHU de Nîmes, hôpital Carêmeau, Nîmes, France

<sup>3</sup>Service des réanimations, unité de réanimation médicale, CHU de Nîmes, hôpital Carêmeau, Nîmes, France

<sup>4</sup>Service des réanimations, CHU de Nîmes, hôpital Carêmeau, Nîmes, France

<sup>5</sup>Coordination hospitalière de prélèvements, CHU de Montpellier, Montpellier, France

**Introduction :** En France, 1 patient sur 3 en attente de greffe d'organe en bénéficie, le nombre de donneurs décédés prélevés restant insuffisant. Le manque de connaissances, d'informations et les difficultés d'approche des familles sont des facteurs limitant l'activité de prélèvement multi-organe et de tissu (PMOT). Le but de cette étude était d'évaluer le ressenti du personnel soignant médical et paramédical des secteurs participant aux PMOT et d'isoler des facteurs associés à un « mauvais » ressenti vis-à-vis de cette activité.

**Patients et méthodes :** Après avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé du CHU de Nîmes et autorisation de la CNIL, tout le personnel soignant (praticiens et internes de médecine et chirurgie, cadres infirmiers, IBODE, IADE, infirmiers, aides-soignants) de 20 hôpitaux (78 services) recenseurs et préleveurs de sujets en mort encéphalique (ME) et exerçant dans une unité adulte ou pédiatrique d'urgences, de réanimation, de soins intensifs, d'anesthésie et de bloc opératoire a été interrogé via un questionnaire écrit et anonyme. Le ressenti global a été évalué à partir d'une échelle visuelle analogique (EVA) « de motivation pour l'activité de

PMOT ». Une analyse descriptive puis uni et multivariée a été réalisée afin d'identifier les déterminants de « bon » (EVA > 50) ou de « mauvais » (EVA < 50) ressenti.

**Résultats :** Sur 5 332 questionnaires envoyés, 3 306 ont été distribués et 1 859 ont été rendus, remplis soit un taux de réponse global à 56,2 %. La valeur médiane de l'EVA était de 73 mm/100. 75 % de la population avait un « bon » ressenti (EVA > 50). Le tableau montre, après analyse multivariée, les facteurs prédictifs de « mauvais » ressenti.

**Conclusion :** L'ensemble des professions travaillant en unité de soins critiques ont un ressenti comparable à celui de la population générale vis à vis du PMOT, soit seulement 75 % d'opinion favorable. Les principaux facteurs de « mauvais » ressenti sont liés à des défauts de connaissance ou des craintes symboliques. Ces résultats soulignent la nécessité d'un effort permanent et soutenu de formation tant initiale que continue des professionnels de santé pour cette activité.

#### EP095

#### Évaluation du ressenti des équipes soignantes après mise en place d'une stratégie formalisée de LATA en réanimation au CHU de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

F. Ardisson, F. Martino, B. Pons, S. Belorgey, J.P. Gallego, K. Elkoun, R. Lawson, E. Elain, P. Piednoir, F. Fryzman, V. Gaudier, G. Thiery

Réanimation polyvalente, CHU de Pointe-à-Pitre, Abymes, Guadeloupe

**Introduction :** La majorité des patients décédant en réanimation décèdent après une décision de Limitation ou Arrêt des Traitements Actifs (LATA). Dans le service de réanimation du CHU de Pointe-à-Pitre une formalisation des LATA a été engagée en 2012 basée sur les principes de la Loi Leonetti, centrée entre autres sur la collégialité, l'implication des familles, l'engagement de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale, la réflexion quotidienne du niveau de traitement pour chaque patient. L'objectif de l'étude est d'évaluer le ressenti des soignants un an après la mise en place de cette approche.

Effet		OR	IC à 95 %	
Souhaiter assister ou participer à un entretien avec la famille d'un patient en vue d'un PMOT	NON vs OUI	<b>4,54</b>	3,320	6,213
	SANS OPINION vs OUI	<b>2,094</b>	1,508	2,908
Avoir déjà parlé de sa position sur le don d'organes ou de tissus	NON vs OUI	<b>2,930</b>	2,055	4,179
Avoir des restrictions d'organes lors d'un PMOT	OUI vs NON	<b>1,563</b>	1,188	2,058
Considérer le PMOT comme une atteinte au respect du corps	OUI vs NON	<b>3,261</b>	2,276	4,963
	SANS OPINION vs NON	<b>2,425</b>	1,640	3,587
Score de connaissance	≤ 8 vs ]8 ;18]	<b>1,705</b>	1,189	2,444
	> 18 vs ]8 ;18]	<b>0,448</b>	0,314	0,640

**Patients et méthodes :** Un questionnaire a été proposé à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale en juin et juillet 2013, composé de 44 questions concernant la compréhension et le ressenti des LATA.

**Résultats :** Cinquante-neuf questionnaires ont été recueillis, soit un taux de réponse de 50 % chez les médecins et 47 % chez les personnels paramédicaux (PNM). Quatre-vingt-treize pourcent des PNM et la totalité des médecins considéraient les LATA comme éthiquement acceptables. En revanche, seuls 77 % des PNM considéraient qu'elles sont en accord avec la loi, 44 % estiment avoir une mauvaise compréhension des LATA, 15 % ne font pas la différence entre LATA et euthanasie et 31 % n'ont pas entendu parler de la Loi Leonetti. D'une façon générale, les LATA sont perçus comme pas assez discutés par 73 % des répondants. Ils ne se sentent impliqués dans les décisions que dans 31 % des cas, en particulier 21 % des PNM. Ces derniers sont la moitié à se sentir souvent en désaccord avec une décision, et 13 % n'osent donner leur point de vue lors d'une discussion de LATA. Cinquante-huit pourcent des PNM se disent gênés par l'extubation terminale alors qu'aucun médecin ne l'est, et 27 % de l'ensemble de l'équipe considèrent que l'arrêt de l'alimentation n'est pas justifié. Vingt pourcent des répondants trouvent que les patients sont souvent l'objet d'obstination déraisonnable, et 15 % pensent que les décisions de LATA sont prises souvent trop tard. L'implication des familles est perçue comme insuffisante par 55 % des répondants, qui sont 44 % à estimer que l'accompagnement des familles ne fait pas l'objet d'assez de soin, et 50 % à estimer que les familles n'ont pas assez de temps auprès de leur proche en fin de vie. Très peu de répondants (4 %) ont un sentiment de culpabilité lors d'une décision de LATA. Quatre pourcent des PNM repensent aux LATA en rentrant chez eux, mais 33 % des médecins le font. En revanche, 23 % des PNM les vivent comme des échecs thérapeutiques, et 13 % ont des craintes d'ordre judiciaire ce qui n'est le cas d'aucun médecin. Malgré cela, 75 % des répondants estiment que l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs familles constitue un enrichissement personnel.

**Conclusion :** Malgré l'introduction d'une formalisation des LATA, l'implication de l'ensemble des personnels et de familles reste insuffisante, de même que la bonne compréhension des LATA. Ceci souligne la nécessité d'une formation permanente dans ce domaine, d'efforts constants de collégialité et l'aménagement d'espaces de discussions éthiques au sein de l'équipe.

## EP096

### L'erreur en réanimation : répercussions psychologiques et stratégies défensives des professionnels de santé

A. Laurent<sup>1</sup>, L. Aubert<sup>1</sup>, A. Mariage<sup>1</sup>, K. Chahraoui<sup>2</sup>, A. Bioy<sup>2</sup>, M. Bonnet<sup>1</sup>, D. Mellier<sup>1</sup>, D. Ansel<sup>1</sup>, J.-P. Quenot<sup>3</sup>, G. Capellier<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire de psychologie, université de Franche-Comté, Besançon, France

<sup>2</sup>Laboratoire de psychopathologie et psychologie médicale, université de Bourgogne, Dijon, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Dijon, complexe du Bocage, Dijon, France

<sup>4</sup>Service de réanimation médicale, CHU, hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France

**Introduction :** Les services de réanimation sont considérés comme des services à haut risque d'erreur. Les études réalisées auprès des professionnels de santé montrent que l'impact d'une erreur peut-être profonde et affecter les soignants impliqués, ses collègues, voir tout un service (Wu, 2000). Dans le cadre de cette étude, nous nous attacherons à décrire et mieux comprendre l'impact psychologique des erreurs vécues par les professionnels de réanimation et d'identifier les stratégies d'adaptations mises en place suite aux erreurs.

**Patients et méthodes :** 40 professionnels de réanimation médicale des CHU de Besançon et de Dijon (20 médecins et 20 infirmiers) ont participé à un entretien clinique individuel sur le vécu de l'erreur en réanimation et ont répondu à un questionnaire sociodémographique. Les entretiens ont été retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique par trois experts.

**Résultats :** Suite à l'erreur, les professionnels décrivent différentes manifestations : culpabilité (53,8 %), honte (42,5 %), états anxieux avec ruminations (37,5 %) et peur pour le patient (23 %), perte de confiance (32,5 %), impossibilité à verbaliser son erreur (22,5 %), remise en question professionnelle (20 %) et colère vis-à-vis de l'équipe (15 %). À plus long terme, l'erreur reste fixée en mémoire (80 %) avec d'une part, pour 72,5 %, une augmentation de la vigilance et des vérifications dans leur pratique professionnelle et d'autre part, pour 3 professionnels, une perte de confiance. Enfin, 3 professionnels ressentent une culpabilité qui persiste encore au jour de l'entretien. Nous observons également différents mécanismes défensifs mis en place par le professionnel afin de lutter contre la charge émotionnelle inhérente à l'erreur : verbalisation (70 %), développer ces compétences et connaissances (43 %), rejet de la responsabilité (32,5 %), évitement (23 %). Nous notons également une dédramatisation (60 %) et une rationalisation (42,5 %) de l'erreur lors des entretiens.

**Conclusion :** Cette étude met évidence que l'erreur a un réel impact psychologique sur les professionnels de réanimation. La culpabilité et la honte sont prégnantes dans les suites immédiates de l'erreur. Ces manifestations diminuent avec le temps et laissent place à différents mécanismes défensifs visant à diminuer la charge émotionnelle et continuer à travailler. Mieux prendre en compte le sens des affects et des mécanismes défensifs qui résultent d'une erreur permet de construire des pistes de réflexion sur la possibilité du professionnel à pouvoir reconnaître, partager son erreur et rentrer dans un processus d'apprentissage.

## Bibliographie

1. Wu AW (2000) Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 320:756-7
2. Wu AW (1999) Handling hospital errors: is disclosure the best defense? *Ann Intern Med* 131:970-2

## EP097

### Le conflit des médecins des urgences, prévalence, caractéristiques et facteurs prédictifs

J. Belayachi<sup>1</sup>, B. Armel<sup>1</sup>, M. Louriz<sup>1</sup>, N. Madani<sup>1</sup>, K. Abidi<sup>2</sup>, T. Dendane<sup>2</sup>, A. Zekraoui<sup>1</sup>, A.A. Zeggwagh<sup>2</sup>, R. Abouqal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service des urgences médicales hospitalières, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

**Introduction :** Les conflits en milieu des urgences créent des obstacles à la bonne communication et à l'intégration des décisions et pourrait menacer la qualité des soins. Cependant, cette question n'a jamais été étudiée chez les médecins des services des urgences. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence, les caractéristiques des conflits en milieu des urgences et d'analyser les facteurs prédictifs de conflits.

**Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une enquête nationale multicentrique menée auprès des médecins travaillant dans 11 services des urgences des hôpitaux publics Marocains. Des variables socio-démographiques, organisationnelles et comportementales ont été recueillies. Le nombre ainsi que les caractéristiques liées au conflit incluant ; la cause du conflit, sa forme, son degré, la réponse au conflit, son importance et son issu ; ont également été recueillis. Les facteurs prédictifs de plus d'épisodes de conflits ont été évalués

par une analyse univariée suivie d'une analyse multivariée grâce au modèle de régression logistique.

**Résultats :** Quatre-vingt-six médecins (20F/66H) âgés en moyenne de  $41 \pm 7$  ans ont été inclus. La prévalence du conflit était de 100 %. Les causes des conflits sont dominées par les problèmes de ressources et d'effectifs dans 79,1 %, et par les exigences et le rythme du travail dans 75,6 %. Chaque conflit avait des formes multiples, avec une prédominance des différences d'opinions lors de la prise de décisions (70,9 % des cas). La confrontation de point de vue était le degré de conflit le plus prépondérant (88,4 % des cas). Dans plus de la moitié des cas, la réponse au conflit était un évitement. Par ailleurs, Le résultat de ces conflits été estimé comme pauvre dans 76,7 %. En analyse multivariée ; les facteurs prédictifs de plus d'épisodes de conflits étaient ; plus d'heures de travail par semaine (OR = 1,05, IC 95 % : 1,003 ; 1,103,  $P = 0,03$ ), et plus de garde de nuit par mois (OR = 1,08, IC 95 % : 1,07 ; 1,10,  $P < 0,001$ ).

**Conclusion :** Le conflit est une vraie problématique aux services des urgences. Les facteurs organisationnels sont les principaux pourvoyeurs de conflit. Un projet de soin tenant compte du risque de conflits dans l'équipe est sans doute le meilleur moyen de prévention.

## EP098

### Prévalence et facteurs de risque de burn-out chez les médecins des urgences

J. Belayachi<sup>1</sup>, B. Armel<sup>1</sup>, M. Louriz<sup>1</sup>, N. Madani<sup>1</sup>, K. Abidi<sup>2</sup>, T. Dendane<sup>2</sup>, A. Zekraoui<sup>1</sup>, A.A. Zeggwagh<sup>2</sup>, R. Abouqal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service des urgences médicales hospitalières, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

**Introduction :** Le syndrome de burnout est un état psychologique résultant d'une exposition prolongée à un travail stressant. Ce syndrome a été documenté chez les professionnels de santé dans de nombreuses spécialités. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque de burnout chez les médecins des urgences.

**Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une enquête nationale multicentrique menée auprès des médecins travaillant dans 11 services des urgences des hôpitaux publics Marocains. Un ensemble de variables socio-démographiques, professionnelles et comportementales ont été recueillies. Les 22 items du Maslach Burnout questionnaire (MBI) ont été utilisés pour l'évaluation des 3 dimensions du syndrome de burnout ; l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (DP) et l'accomplissement professionnel (AP). Un score élevé en EE ( $\geq 27$ ) et DP ( $\geq 13$ ), et bas en AP ( $\leq 31$ ), sont associés à un niveau élevé de burnout. Des questionnaires permettant l'auto-estimation de la santé physique, mentale, la joie, la satisfaction ainsi que la religiosité ont également été utilisés. Une analyse univariée suivie d'une analyse multivariée grâce au modèle de régression linéaire multiple ont été réalisées.

**Résultats :** Quatre-vingt-six médecins (20F/66H) âgés en moyenne de  $41 \pm 7$  ans ont été inclus. Les prévalences de l'EE, de la DP, et de l'AP étaient de 82,6 %, 22,1 %, et 51,2 % respectivement. En analyse multivariée ; les facteurs associés à un risque élevé d'EE étaient ; le sexe féminin ( $\beta = 6,53$ , IC95 % : 0,6 ; 12,4,  $p = 0,03$ ), et le revenu mensuel (par Dirham en moins) ( $\beta = 0,002$ , IC 95 % : 0 ; 0,003,  $p = 0,02$ ). Concernant la DP, les heures de travail par semaine (par heure en plus) était le seul facteur associé à un risque élevé de DP ( $\beta = 0,11$ , IC 95 % : 0,004 ; 0,2,  $p = 0,04$ ). Concernant l'AP : Meilleur est l'auto perception de la santé mentale, meilleur est l'accomplissement personnel et moindre est le risque de burnout ( $\beta = 3,4$ , IC95 % : 0,9 ; 5,8,  $p = 0,01$ ).

**Conclusion :** Les médecins des urgences présentent un niveau élevé de burnout, particulièrement concernant l'épuisement émotionnel. Les facteurs de risque de survenue de burnout étaient le sexe féminin, le moindre revenu mensuel, et plus d'heures de travail. Seule une meilleure auto perception de la santé mentale, était associée à un moindre risque de burnout. L'amélioration des conditions de travail ainsi que des conditions socio-économique peuvent diminuer le risque de survenue de ce syndrome.

## EP099

### Degré d'hostilité chez les infirmiers qui travaillent aux urgences de Sfax, Tunisie

A. Chaari<sup>1</sup>, L. Kammoun<sup>1</sup>, M. Boujelben<sup>1</sup>, I. Eleuch<sup>1</sup>, A. Nasri<sup>1</sup>, I. Rjeb<sup>1</sup>, O. Chakroun<sup>1</sup>, M Bouaziz<sup>2</sup>, N Rekik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Samu et urgences, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

<sup>2</sup>Réanimation, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

**Introduction :** Une personne hostile est quelqu'un qui a habituellement des évaluations négatives sur et envers autrui, montrant un dégoût général et du mépris pour les autres. Cette attitude de ressentiment et de suspicion peut être reflétée dans des réponses verbales et motrices, comme des réponses agressives. D'autres ont utilisé le terme d'hostilité pour décrire le large concept impliquant des affects, cognitions et comportement. Le but de cette étude est de décrire le degré d'hostilité chez les infirmiers et les infirmières d'après l'échelle de Williams et al. (1980). Elle est issue du questionnaire d'hostilité de Cook et Medley (Hostility Scale, 1954) et comprend 9 items. L'échelle couvre trois composantes : la composante cognitive, la composante affective et la composante comportementale.

**Patients et méthodes :** Étude de type descriptif simple et utilise l'approche quantitative. Elle a été menée aux urgences du Centre Hospitalo-universitaire Habib-Bourguiba de Sfax. L'échantillon de l'étude est formé de 31 infirmiers et infirmières fonctionnaires aux urgences, parmi 53 infirmiers, qui ont accepté de répondre au questionnaire. Les informations ont été recueillies pendant l'exécution de leur travail. L'échantillon est de type non probabiliste par « choix raisonnée ». Aucun critère d'exclusion n'a été retenu. La collecte des données a été réalisée entre le 15 Mars et le 1 Avril 2013.

**Résultats :** L'âge des infirmiers a varié de 25 à 54 ans, dont 64,5 % sont de sexe masculin. La plupart de la population étudiée à un niveau socio-économique moyen (80,6 %). 67,7 % des infirmiers interrogés sont mariés ; 51,6 % ont un niveau d'instruction universitaire par contre les autres (48,4 %) ont un niveau secondaire. La catégorie ayant seulement un diplôme d'état représente 67,7 %. Les infirmiers principaux représentent 29 % et les infirmiers major 3,2 %. La majorité des infirmiers exercent leur travail aux urgences depuis moins de 15 ans (64,6 %). 54,8 % de la population travaillent le jour et la nuit. 32,3 % ont des problèmes de santé. L'hostilité a été avec un degré modéré ou élevé dans toutes les composantes. 96,7 % des infirmiers présentent un degré d'hostilité modéré ou élevé pour la composante cognitive ; 64,5 % présentent un degré d'hostilité modéré ou élevé pour la composante affective et 87,1 % présentent un degré d'hostilité modéré ou élevé pour la composante comportementale. La moyenne du score de la 1<sup>ère</sup> composante (composante cognitive) est égale à (8,16  $\pm$  1,9), la moyenne du score de la 2<sup>e</sup> composante (composante affective) est égale (7,03  $\pm$  2,2) et pour la 3<sup>e</sup> composante (composante comportementale), la moyenne est de (7,26  $\pm$  1,8). Finalement, la moyenne du score global a été de 22,5  $\pm$  4,7. Ce chiffre nous ordonne vers une hostilité modérée qu'on a souhaité qu'il faut mieux l'éviter.

**Conclusion :** Cette étude permet de mettre l'accent sur les causes les plus fréquentes de l'hostilité et ses conséquences négatives sur l'état

de santé et sur la qualité des soins. Plusieurs recommandations pourraient identifier les techniques utilisés à fin de se préserver face aux comportements hostiles.

## EP100

### La question d'un don d'organes est-elle associée à un deuil compliqué ?

C. Guérineau<sup>1</sup>, E. Brocas<sup>1</sup>, F. Fender<sup>1</sup>, S. Rolando<sup>1</sup>, A. Aboab<sup>2</sup>, M. Lemains<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Coordination des dons d'organes et de tissus, centre hospitalier Sud-Francilien, Corbeil-Essonnes, France

<sup>2</sup>Unité de psychologie clinique, centre hospitalier Sud-Francilien, Corbeil-Essonnes, France

<sup>3</sup>Coordination des dons d'organes et de tissus, CHU Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France

**Introduction :** En France, les donneurs d'organes sont en majorité des personnes décédées de mort encéphalique (ME). Le diagnostic de la ME se fait dans les suites de l'admission du sujet en réanimation, et est pour les proches une mort inattendue. L'expérience de la réanimation entraîne un risque augmenté de stress post-traumatique et de deuil compliqué pour les proches endeuillés [1]. Dans le cadre de la ME, les équipes soignantes vont rechercher auprès des proches l'expression de sa non opposition au don. Le but de cette étude est de s'intéresser à l'impact sur le processus de deuil des proches de la question du don d'organes en particulier lorsqu'elle n'a pas été évoquée avec l'entourage.

**Patients et méthodes :** Enquête prospective : revue des dossiers de donneurs potentiels en mort encéphalique recensés en 2009 et 2010, à la recherche de coordonnées de proches. Les proches identifiés ont été contactés par téléphone en 2013 et il leur a été proposé de répondre à un questionnaire soit par téléphone soit par courrier/mail. Le score ICG a également été calculé. Un seuil à 25 a été retenu pour définir le deuil compliqué [2].

**Résultats :** Sur la période concernée, 42 proches ont pu être contactés, 5 proches ont refusé de participer à l'enquête. Au total, 37 proches (88 %) ont répondu au questionnaire. 29 étaient proches de donneurs (PD) et 8 proches de non donneurs (PND). Il s'agissait de 22 femmes et 7 hommes, d'âge moyen  $53 \pm 16$  ans. Il s'agissait essentiellement de conjoints (35,5 %) ou d'enfants (40,5 %) des donneurs potentiels. 16 proches vivaient seuls (43 %), les autres en couple ou en famille. 6 (16 %) n'avaient pas vraiment ou pas du tout compris la mort encéphalique. 25 (68 %) ne connaissaient pas la position de leur proche sur la question du don d'organes. Cependant, 19 (56 %) qualifient de facile le fait d'avoir apporté leur témoignage. Seuls 2/8 PND ont qualifié de facile le fait d'avoir témoigné contre 17/29 PD mais la différence n'était pas significative. La question du don d'organes a été jugée naturelle par 22 proches (59,5 %), choquante pour 5 (13,5 %) et angoissante pour 10 (27 %) d'entre eux. Cette question n'a été jugée naturelle que par 3/8 PND contre 19/29 PD mais la différence n'était pas significative. Le score ICG moyen était de  $25 \pm 16$  [extrêmes : 0-57]. L'ICG des PND était significativement plus élevés que celui des PD :  $35 \pm 14$  vs  $23 \pm 16$ ,  $p = 0,046$ . 16 proches (43 %) avaient un score ICG > 25 témoignant d'un deuil pathologique. Il n'y avait aucune différence d'ICG entre les proches connaissant la position de leur défunt sur le don d'organes et les autres. Rétrospectivement, 13 proches (35 %) auraient souhaité être recontactés à titre systématique par l'équipe de la coordination.

**Conclusion :** Dans cette série d'endeuillés confrontés à la question du don d'organes, 43 % ont un deuil restant compliqué 3 ou 4 ans après le décès de leur proches. Ceci pose la question d'un suivi systématique de ces familles par les coordinations y compris des proches des non donneurs.

## Références

- Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL (2008) Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in intensive care unit. *J Gen Intern Med* 23:1871-6
- Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, et al (1995) Inventory of Complicated Grief (ICG): a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59:65-79

## EP101

### Quel est l'impact de la vie professionnelle des réanimateurs sur leur vie personnelle ?

Commission jeunes de la SRLF

CJ, Société de réanimation de langue française, Paris, France

**Introduction :** La profession de médecin réanimateur est réputée être une spécialité difficile et contraignante, ce qui pourrait représenter un frein pour le choix de cette discipline par les futurs internes. Alors que le futur diplôme d'études spécialisées de Réanimation se met en place, la Commission Jeunes de la SRLF a souhaité connaître l'impact de la vie professionnelle des réanimateurs sur leur vie personnelle.

**Patients et méthodes :** Tous les membres, leurs conjoints et tous les visiteurs du site internet de la SRLF ([www.srlf.org](http://www.srlf.org)) ont été invités à répondre à un questionnaire établi par la Commission Jeunes, disponible en ligne de juin à août 2013.

**Résultats :** 828 personnes ont participé dont 710 médecins et 118 conjoints. Ils avaient en moyenne  $39 \pm 10$  ans. 50 % des répondants étaient des médecins avec plus de 2 ans d'expérience de post-internat. Ils travaillaient pour la plupart à temps plein dans des services effectuant plus de 500 entrées par an.

**Type d'exercice :** Les médecins interrogés travaillaient dans des services comprenant en moyenne 19 lits et 6,5 médecins temps plein. Plus d'un tiers des postes étaient vacants. Les médecins effectuaient en moyenne  $8 \pm 2$  gardes et astreintes par mois. L'amplitude moyenne de travail journalier était de 10 h 30. 21 % des réanimateurs mettaient plus de 10 RTT par an sur leur compte épargne-temps et 25 % des plages additionnelles n'étaient pas récupérées mais payées. Plus d'un tiers des médecins interrogés continuaient de travailler chez eux plusieurs fois par semaine. 91 % des médecins rapportaient des déplacements professionnels et déclaraient dormir en moyenne hors du domicile 5,7 nuits  $\pm 2,5$  par mois. Les jours de repos étaient planifiés en majorité trois mois à l'avance et 50 % des répondants déclaraient pouvoir poser des congés au moment souhaité. 64,5 % des médecins se disaient plutôt épanouis dans leur profession malgré une impression globale de travailler beaucoup, impression partagée à 95 % par les concubins. 58 % des médecins répondants ont déclaré avoir déjà songé à changer d'activité professionnelle.

**Vie sociale et loisirs :** Les 3/4 des médecins répondants déclaraient que leur profession avait un impact plutôt négatif sur leur vie sociale, culturelle et qu'elle leur faisait parfois manquer des événements personnels importants. 2/3 des répondants ont déclaré avoir des loisirs au moins une fois par semaine mais ils étaient une grande majorité à penser ne pas en avoir autant que souhaité.

**Santé :** 91 % des médecins déclaraient ne pas avoir de médecin traitant et négliger leur santé et 60 %, ne pas avoir d'addictions. 46 % des répondants déclaraient présenter des troubles du sommeil liés majoritairement à leur profession.

**Vie conjugale et familiale :** 580 des répondants vivaient en couple. Les conjoints sont surtout issus du milieu médical, paramédical, ou apparenté. Alors que les 2/3 des médecins déclaraient que

leur profession avait un impact négatif sur leur vie sentimentale, les conjoints en acceptent et comprennent les contraintes. Ils trouvaient néanmoins leur partenaire moins disponible (50 %), plus irritable (58 %) et « éteint » (41 %) en lendemain de garde. 61,5 % des couples déclaraient avoir des enfants dont l'arrivée a modifié les priorités personnelles et professionnelles des médecins. 75 % des naissances n'avaient pas été planifiées. Les conjoints et les enfants déclaraient trouver les médecins suffisamment investis dans la vie familiale. La plupart des répondants se disaient épanouis sur le plan

sexuel. 28 % des médecins déclaraient avoir déjà divorcé et plus de la moitié d'entre eux attribuaient cette séparation à leur activité professionnelle. Il ne semblait pas exister de différence selon l'ancienneté dans la profession.

**Conclusion :** Les réanimateurs jugent leur profession épanouissante, mais elle semblerait avoir un retentissement négatif sur la vie sociale, culturelle et sentimentale. Médecins et conjoints jugent cependant ces contraintes compatibles avec une vie personnelle normale.