

LES PUBLICATIONS QUI CHANGENT LA VIE DE L'INTERNISTE

69ème CONGRES SNFMI, BASTIA

C.Veyssier-Belot,
CHI Poissy-St-Germain

Pas de conflits d'intérêts

Seuils transfusionnels

Am J Med 2014 : 127 : 124-31

Impact of More Restrictive Blood Transfusion Strategies on Clinical Outcomes: A Meta-analysis and Systematic Review

Shelley R. Salpeter, MD,^a Jacob S. Buckley,^b Saurav Chatterjee, MD^c

^aStanford University School of Medicine, Stanford, Calif; ^bBrown University, Providence, RI; ^cSt Luke's — Roosevelt Hospital Center, New York, NY.

Trials of transfusion triggers
In anemia (n = 32)

Trials excluded:
Not randomized (n = 2)

Randomized trials of transfusion
triggers in anemia (n = 30)

Trials excluded from primary analysis:
Used less-restrictive trigger (n = 19)
(16 trials used in secondary analysis)
Did not provide clear trigger (n = 4)
Duplicate data from other trials (n = 4)

Primary analysis:
Randomized controlled trials of a
restrictive transfusion strategy using
a hemoglobin trigger of < 7 g/dL,
compared with a more liberal
strategy (n = 3)

Méta analyse primaire

- Stratégies de transfusion (libérale / restrictive)
- études randomisées où le seuil est < à 7 g/dl Hb
- Évaluation de paramètres cliniques (mortalité hospitalière, à 30 jours, syndrome coronarien aigu, OAP, infections bactériennes, récurrence hémorragique)
- Pas d'hétérogénéité inter-étude mise en évidence pour les différents paramètres cliniques
- → 3 études très différentes
- (réanimation pédiatrique, réanimation adulte, hémorragie digestive)
- 2364 patients (âge moyen 45 ans)(637 enfants)
- 55 % de patients transfusés (groupe restrictif)/ 94 % (groupe libéral)

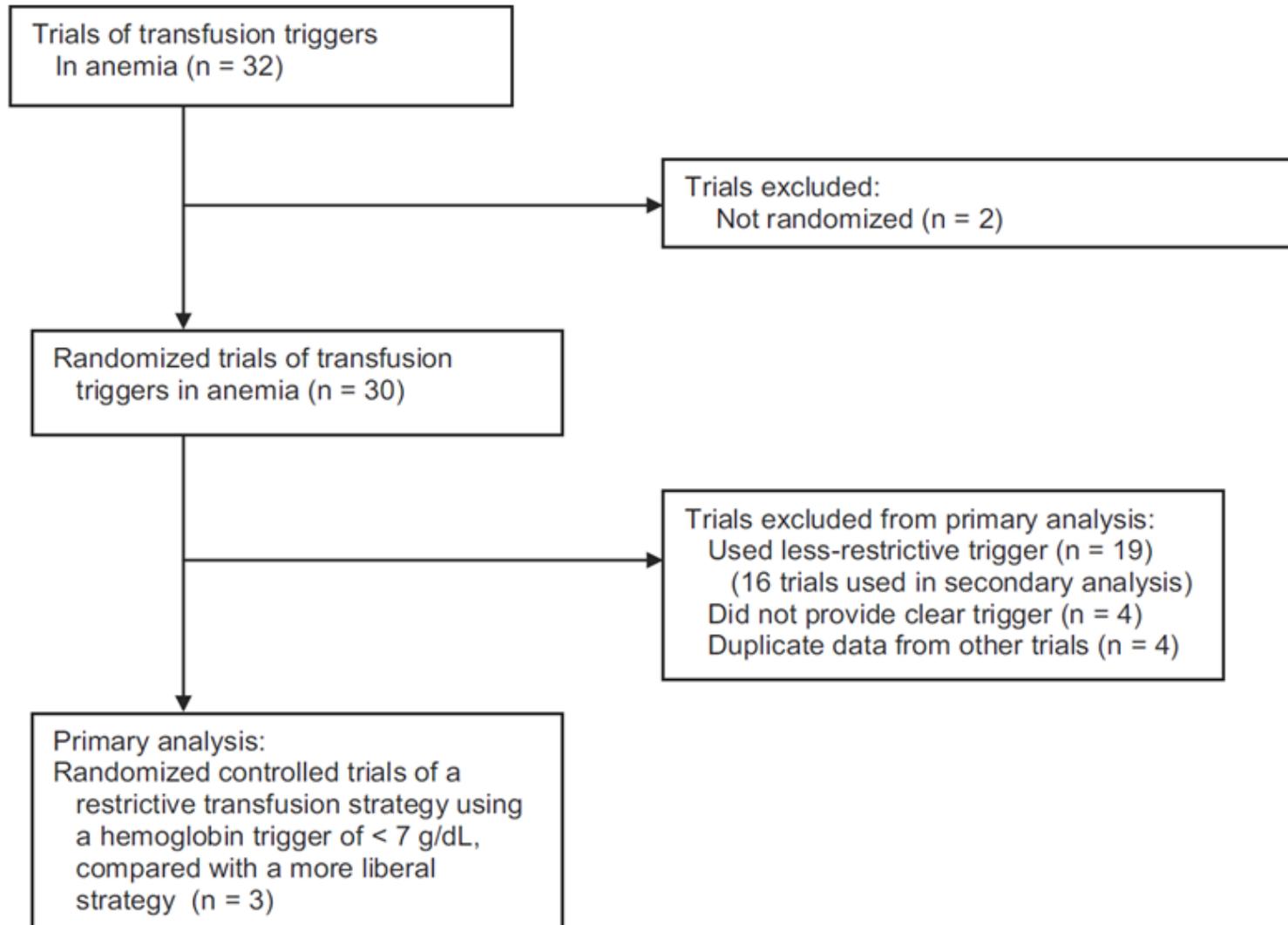
Outcome	Trials	Patients	RR or MD	RD
Mortality				
Hospital mortality	2	1727	RR, 0.74 [CI, 0.60-0.92]	RD, -0.04 [CI, -0.04 to -0.00]
30-d mortality	3	2364	RR, 0.81 [CI, 0.61-0.96]	RD, -0.02 [CI, -0.04 to -0.00]
Total mortality	3	2364	RR, 0.80 [CI, 0.65-0.98]	RD, -0.03 [CI, -0.05 to -0.00]
Cardiac events				
Acute coronary syndrome	2	1727	RR, 0.44 [CI, 0.22-0.89]	RD, -0.02 [CI, -0.03 to -0.00]
Pulmonary edema	3	2364	RR, 0.48 [CI, 0.33-0.73]	RD, -0.03 [CI, -0.05 to -0.01]
Other outcomes				
Rebleeding	1	889	RR, 0.64 [CI, 0.45-0.90]	RD, -0.06 [CI, -0.10 to -0.01]
Bacterial infections	3	2364	RR, 0.86 [CI, 0.73-1.00]	RD, -0.03 [CI, -0.06 to -0.00]
Blood transfusions				
Patients exposed to blood	3	2364	RR, 0.57 [CI, 0.46-0.70]	RD, -0.41 [CI, -0.52 to -0.29]
Units transfused per patient	3	2364	MD -1.98 [CI, -3.22 to -0.74]	

CI = confidence interval; MD = mean difference; RD = risk difference; RR = risk ratio.

SYNTHESE

- La restriction de transfusion à un seuil < 7 g/dl d'Hémoglobine réduit significativement le risque de
- mortalité
- SCA - OAP
- Récidive hémorragique ou infections bactériennes

Méta analyse secondaire



Méta analyse secondaire

Études : 19 RCT dont 16 avec résultats cliniques	Nombre de patients	Stratégies de transfusion	Résultats avec 16 études
16 RCT	4572	7,5 et 10 g / dl Hb	- DS sur le nombre de Culôts Globulaires - NS sur les paramètres cliniques

études	patients	Seuil	Résultats avec 19 études
16 RCT	4572	7,5-10 g/dl Hb	
3 RCT	2364	Seuil < 7g/dl	
total	6936		stratégie restrictive : Réduction significative de la mortalité, des OAP, SCA, infections et récidives hémorragiques

Conclusion 1

- Limites :
 - 3 populations différentes,
 - 3 contextes médicaux différents,
 - Seuil transfusionnel très bas (→ 55 % des patients sont transfusés)
 - Analyses primaires, secondaires etc.
- Un seuil à 7 g/dl réduit de 40 % le recours aux transfusions

Conclusion 2

- Nombreuses publications depuis 1999 :
« seuils transfusionnels »
- Les études observationnelles, comme les RCT, comme cette méta analyse ne montrent pas de bénéfice, voire des effets péjoratifs, sur l'évolution clinique, de populations très variées, d'une politique de transfusion libérale/restrictive
- Un seuil de 7-8 g /dl d'Hb peut être toléré même chez des patients considérés comme fragiles

Conclusion 3

- ⦿ Seuil réanimation adulte et pédiatrique : < 7 g/dl (ou symptômes) (RCT) (*N Engl J Med* 1999 ; 340 : 409-17)
- ⦿ Seuil adulte hémorragie digestive haute : < 7 g/dl (RCT) (*N Engl J Med* 2013 ; 368 : 11-21)
- ⦿ Seuil post opératoire (hanche) : < 8 g/dl (ou symptômes) (RCT) (*N Engl J Med* 2011 ; 365 : 2453-62) : adulte, âge moyen 81 ans, 63 % ont maladie cardiovasculaire stable)
- ⦿ Seuil proposé : < 8 g/dl (ou symptômes) chez des patients stables, avec ATCD cardiovasculaire (*Ann Intern Med* 2012 ; 157 : 49-58)
- ⦿ On ne sait pas chez les patients avec SCA (*Am Heart J* 2013 165 : 964-71), les patients âgés hospitalisés pour raisons médicales, les patients nécessitant un support transfusionnel.

Syndromes d'apnée du sommeil

ORIGINAL ARTICLE

Upper-Airway Stimulation for Obstructive Sleep Apnea

Patrick J. Strollo, Jr., M.D., Ryan J. Soose, M.D., Joachim T. Maurer, M.D.,
Nico de Vries, M.D., Jason Cornelius, M.D., Oleg Froymovich, M.D.,
Ronald D. Hanson, M.D., Tapan A. Padhya, M.D., David L. Steward, M.D.,
M. Boyd Gillespie, M.D., B. Tucker Woodson, M.D., Paul H. Van de Heyning, M.D., Ph.D.,
Mark G. Goetting, M.D., Oliver M. Vanderveken, M.D., Ph.D., Neil Feldman, M.D.,
Lennart Knaack, M.D., and Kingman P. Strohl, M.D., for the STAR Trial Group*

N Engl J Med 2014;370:139-49.

Quelques chiffres

Prévalence

13% hommes, 6% des femmes aux USA en 2013

5% femmes- 10% hommes

(Peppard PE et al. Am J Epidemiol 2013 ; 177 : 1006-14)(étude USA en population générale)

Définition

Polysomnographie : index d'apnée + hypopnée /heure : IAHL

IAHL >5/h et signes cliniques ou IAHL > 15 / h
(variabilité définition des hypopnées) (apnée > 10 secondes)

Index de désaturation en oxygène : IDO :
nombre/heure de baisse de la saturation de + de 4% par rapport à la saturation de base

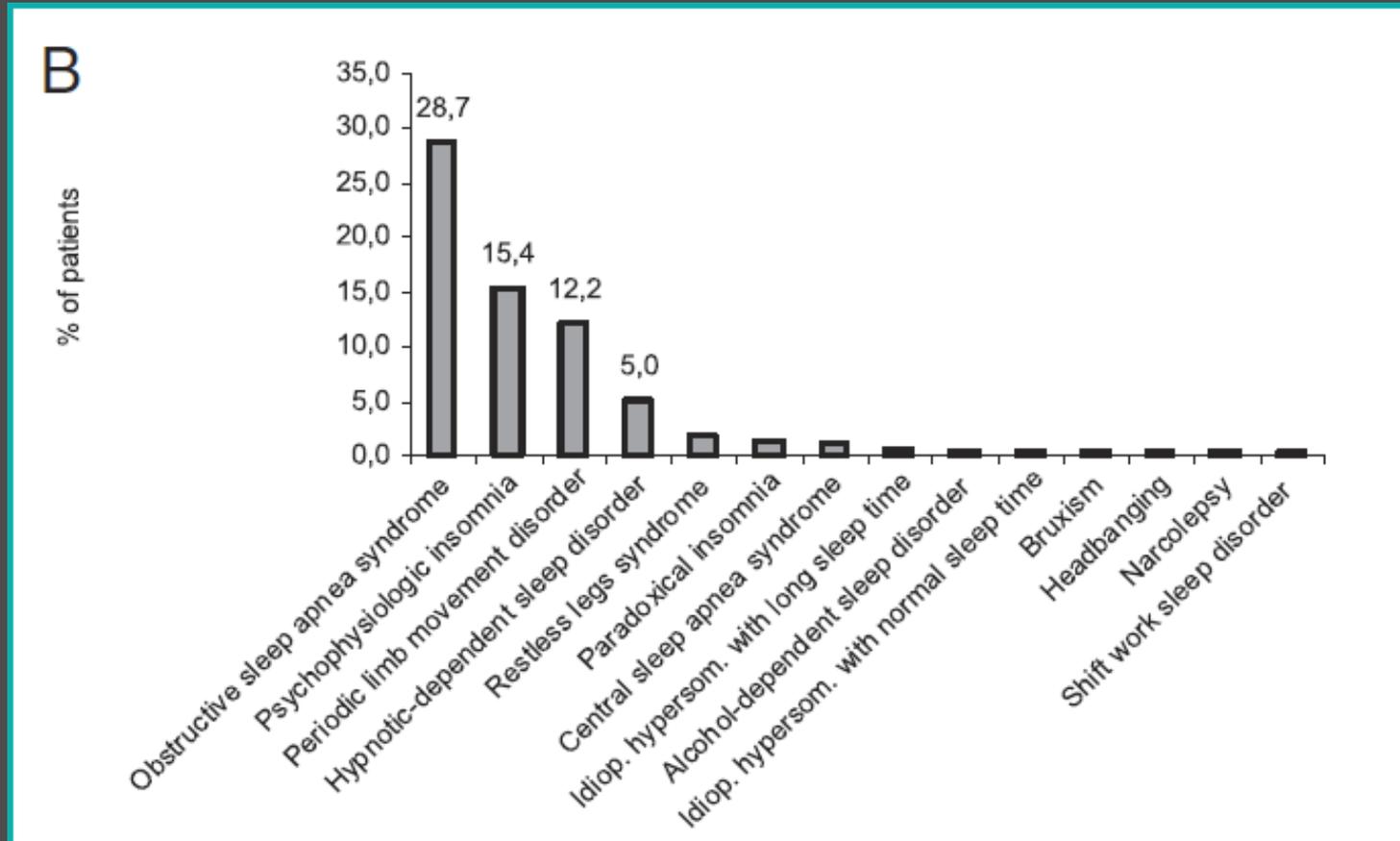
Situations cliniques

- En hospitalisation : oxymétrie nocturne, ONSI gériatrique
patients concernés : comorbidité vasculaire, insuffisance respiratoire chronique, surcharge pondérale, HTA mal contrôlée, sueurs et polyurie nocturnes, chutes
- En consultation :
patients concernés : douleurs diffuses, fatigue chronique, facteurs de comorbidité vasculaire
- Facteurs de risque : obésité, anatomie (rétrognathie), hérédité, âge, sexe (masculin)

Mariman, [*J Psychosom Res.*](#) 2013 Nov;75:491-6. *Undiagnosed and comorbid disorders in patients with presumed chronic fatigue syndrome.*

Mariman, *J Psychosom Res.* 2013 Nov;75:491-6.

Undiagnosed and comorbid disorders in patients with presumed chronic fatigue syndrome.



Obstructive Sleep Apnea : the most common secondary cause of hypertension associated with resistant hypertension.

(Pedrosa et al, Hypertension. 2011 ; 58 : 811-17)

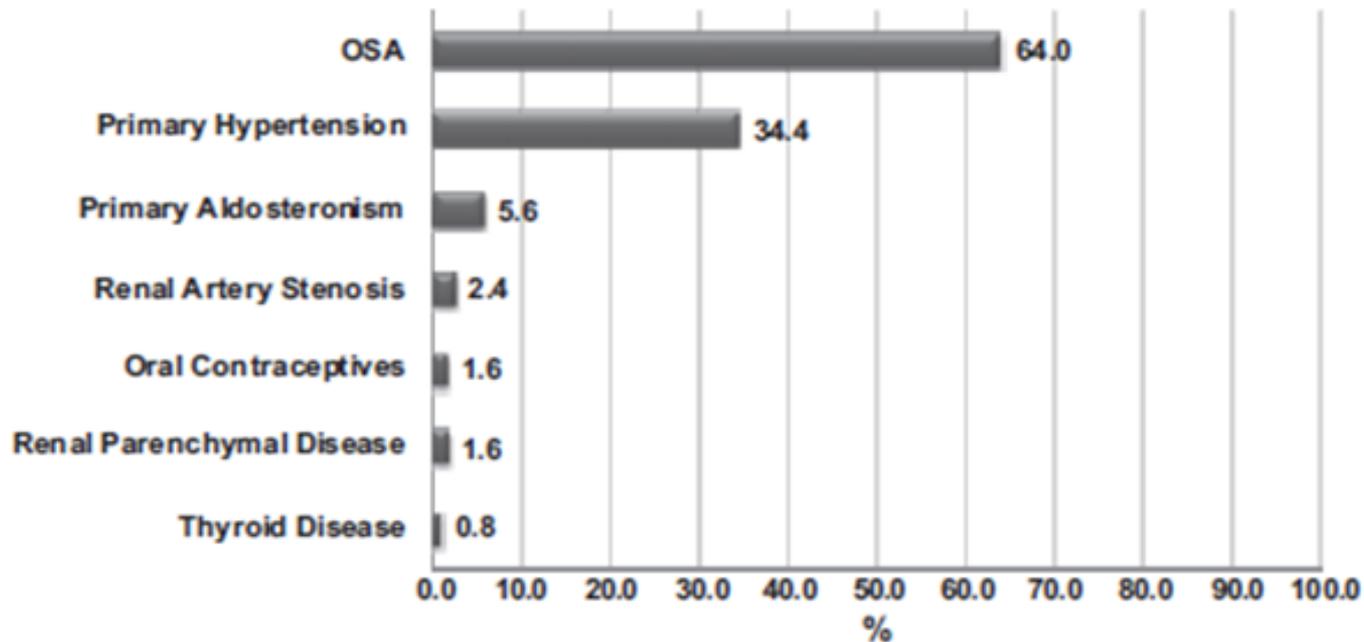


Figure 2. Prevalence of secondary causes of hypertension associated with resistant hypertension. OSA indicates obstructive sleep apnea.

Echelle de somnolence d'Epworth :

Score > 10 : somnolence pathologique

Dans les 8 circonstances suivantes, avez-vous un risque de vous endormir

- inexistant 0
- Minime 1
- Modéré 2
- Important 3

- 1 : en lisant un livre ou le journal
- 2 : en regardant la télévision
- 3 : dans un lieu public (cinéma, salle d'attente ...)
- 4 : si vous êtes passager d'une voiture pour un trajet de 1 heure
- 5 : en étant allongé après le repas de midi lorsque les circonstances le permettent
- 6 : en étant assis après un repas sans boisson alcoolisée
- 7 : en parlant avec quelqu'un
- 8 : en étant au volant de la voiture, au cours d'un arrêt de la circulation de quelques minutes

SAS gériatrique ?

ONSI (observation-based nocturnal sleep inventory)

Soir, heure d'extinction des lumières : Nom de l'observateur :	Pauses respiratoires ou Bruits de suffocation ou d'étouffement	Ronflement audible à 2 m environ	Eveillé(e)
Visite n°1, environ 2h après extinction des lumières Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non
Visite n° 2, environ 1h après la visite précédente Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non
Visite n° 3, environ 1h après la visite précédente Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non
Visite n° 4, environ 1h après la visite précédente Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non
Visite n° 5, environ 1h après la visite précédente Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non

Conséquences du SAS :

cardiovasculaires, cognitives, métaboliques

symptômes	études	Rôle SAS	Effets CPAP
Somnolence,	RCT	oui	+
HTA	RCT	oui	+ (baisse PA diurne 3 mm Hg)
HTA résistante	RCT	oui	+
AVC-IDM-IVG	Prospectives, observationnelles	oui	Non prouvé
Diabète	Facteurs confondants (obésité)	probable	Non prouvé ou faible
Mortalité	Prospectives, Observationnelles (facteurs confondants)	oui	probable

Traitements

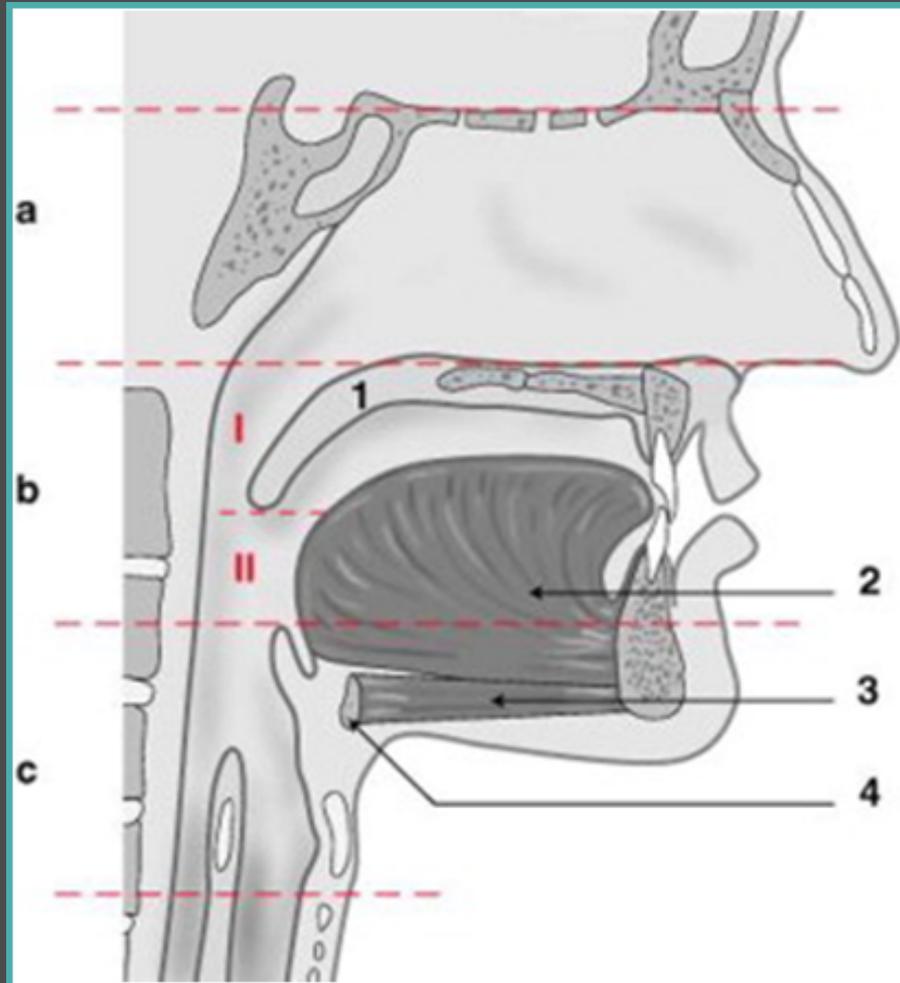
- 1/ SAS léger sans conséquence cardiovasculaire/
cognitives → perte de poids
- 2/ SAS modéré avec conséquences possibles : CPAP,
orthèse
- 3/ SAS sévère : CPAP
- 4/ Autres : chirurgie : dépend de particularités
anatomiques
- 5/ particularité fonctionnelle : Dysfonction pharyngée :
infiltration de la base de langue et du pharynx (graisse,
œdèmes), myopathie, neuropathie

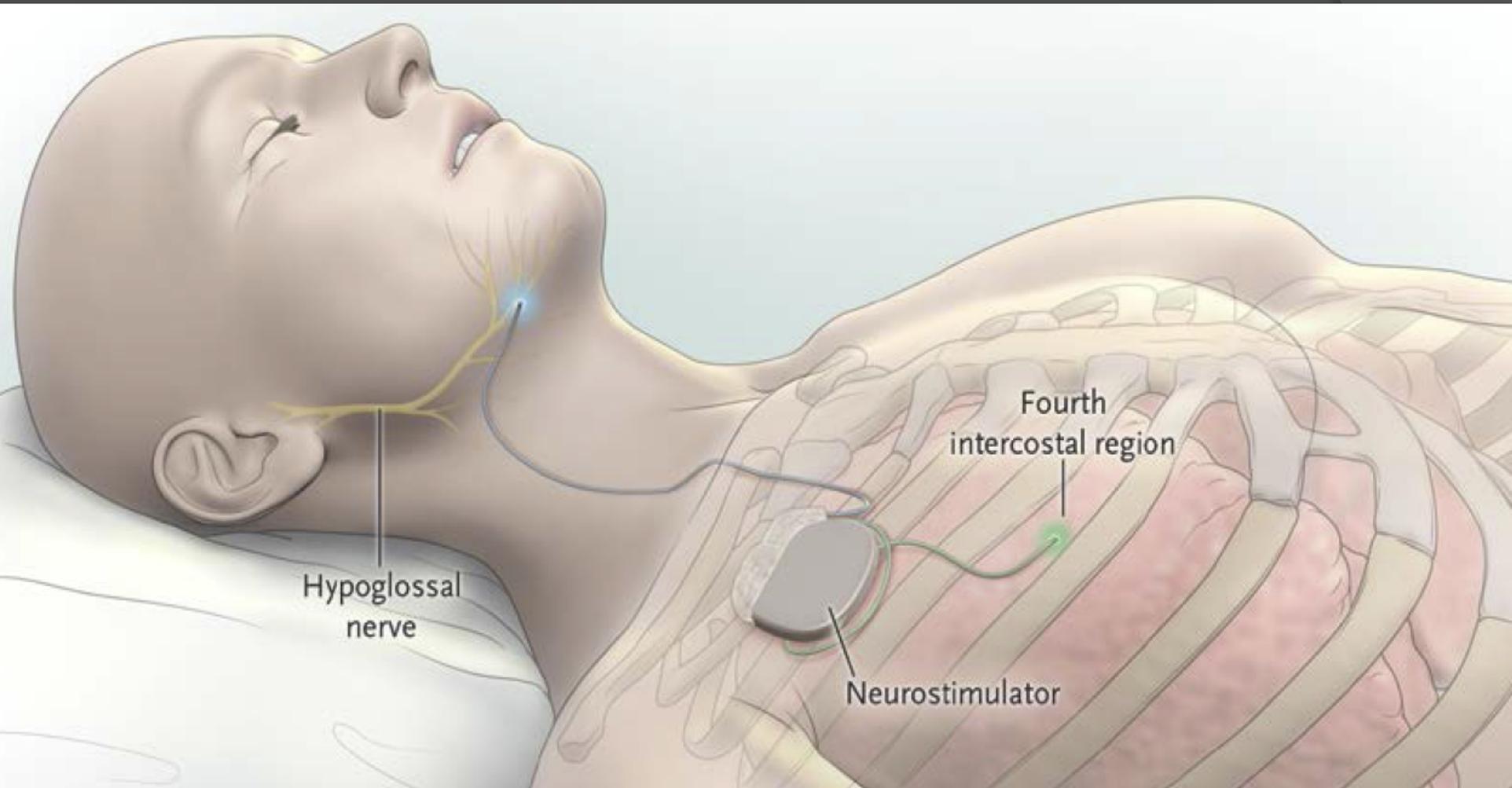


ORIGINAL ARTICLE

Upper-Airway Stimulation for Obstructive Sleep Apnea

Patrick J. Strollo, Jr., M.D., Ryan J. Soose, M.D., Joachim T. Maurer, M.D.,
Nico de Vries, M.D., Jason Cornelius, M.D., Oleg Froymovich, M.D.,
Ronald D. Hanson, M.D., Tapan A. Padhya, M.D., David L. Steward, M.D.,
M. Boyd Gillespie, M.D., B. Tucker Woodson, M.D., Paul H. Van de Heyning, M.D., Ph.D.,
Mark G. Goetting, M.D., Oliver M. Vanderveken, M.D., Ph.D., Neil Feldman, M.D.,
Lennart Knaack, M.D., and Kingman P. Strohl, M.D., for the STAR Trial Group*





Première phase

Modalités / caractéristiques	résultats
<p>Etude multicentrique Prospective, de cohorte, Le patient est son propre témoin 12 mois</p>	<p>22 centres, 3 ans de recueil Sélection soigneuse : 929 patients initiaux → 126 retenus</p>
<p>Etude avec <u>sponsor</u></p>	<p>Garanties d'indépendance</p>
<p>Sélection : <u>SAS modéré à sévère</u> <u>Avec intolérance/refus CPAP</u> Endoscopie sous propofol</p>	<p>Ciblage de patients avec <u>dysfonction pharyngée</u> → mise en <u>place du stimulateur</u></p>
<p><u>Critères de réponse primaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Baisse de 50 % des AH - < 20 AH/h à 12 mois - Baisse de 25 % des IDO 	<p>66 % de réponse primaire</p> <p>75 % de réponse primaire</p>
<p><u>Critères de réponse secondaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Epworth et FOSQ 	

Procédures première phase

procédures	Objectifs / Résultats
Polysomnographie 0 et 1 mois	Inclusion selon critère SAS
Endoscopie sous Propofol	<u>dysfonction pharyngée-muscle génioglosse</u>
Chirurgie: <u>mise en place du stimulateur</u>	<u>2 reprises</u> pour inconfort (boîtier/ électrode) 33 % ES locaux (abrasion linguale) : <u>2% Esecondaires sérieux</u>
Activation du stimulateur	Utilisation nocturne : 86 % des patients
Suivi polysomnographie	2 -6 mois : adaptation du stimulateur 12 mois : pré randomisation pour la seconde phase de l'étude

Première phase : résultats

	basal	À 12 mois	variation	p
Critères primaires				
AHI	32/h	15,3/h	-16,4	< 0,001
IDO	28,9	13,9	-14	< 0,001
Critères secondaires				
Score d'Epworth	11,6	7	-4,-	< 0,001
Score FOSQ	14,3	17,3	2,9	< 0,001

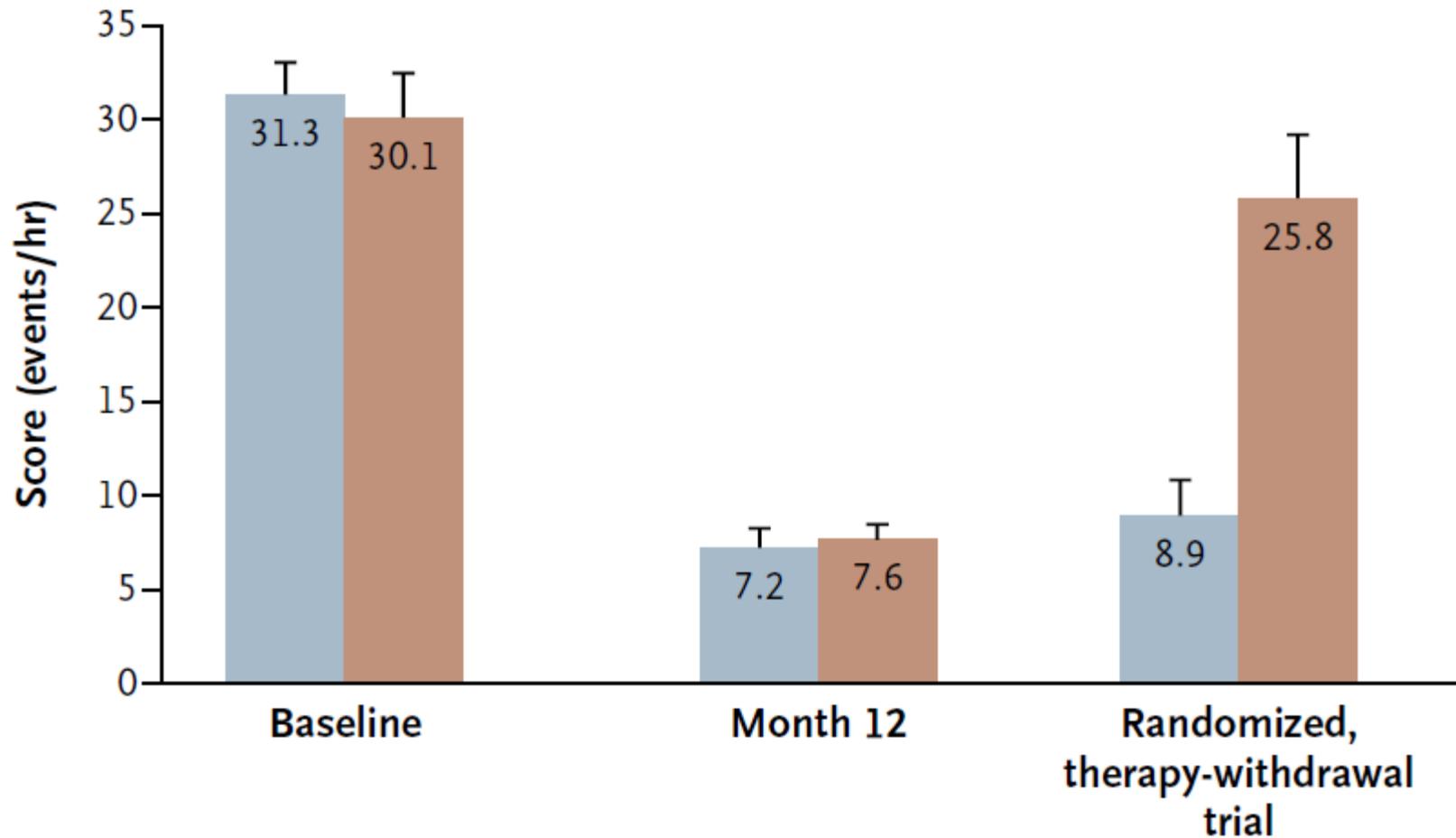
Deuxième phase

Modalités / caractéristiques	résultats
Étude randomisée	2 groupes comparables (BMI, IAH, IDO, Epworth)
46 patients consécutifs et répondeurs	23 patients / groupe
Stimulation poursuivie / Stimulation interrompue	23 23

■ Therapy-maintenance group (N=23)

■ Therapy-withdrawal group (N=23)

A Apnea-Hypopnea Index



Conclusion 1

- Efficacité de la stimulation unilatérale du XII sur l'IAH, et désaturation
- Patients sélectionnés (dysfonction pharyngée)
- Chirurgie
- Avec des résultats
 - supérieurs à la chirurgie « classique » du SAS
 - similaires à la CPAP bien tolérée et conduite

Conclusion 2

- ⊙ Idée « nouvelle », dans le SAS
 - « pace maker respiratoire »
 - Traitement individualisé
- ⊙ Pour des patients ayant une maladie sévère et prévalente
- ⊙ Sans solution thérapeutique

Syndrome d'épuisement professionnel

American Journal of Surgery 2013 ; 205 : 141-146

The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents

**Mark S. Hochberg, M.D.*, Russell S. Berman, M.D., Adina L. Kalet, M.D.,
Sondra R. Zabar, M.D., Colleen Gillespie, Ph.D., H. Leon Pachter, M.D.**

JAMA Intern Med 2014 ; 174 : 527-33

Original Investigation

Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism A Randomized Clinical Trial

Colin P. West, MD, PhD; Liselotte N. Dyrbye, MD, MHPE; Jeff T. Rabatin, MD, MSc; Tim G. Call, MD;
John H. Davidson, MD; Adamarie Multari, MD; Susan A. Romanski, MD; Joan M. Henriksen Hellyer, RN, PhD;
Jeff A. Sloan, PhD; Tait D. Shanafelt, MD

American Journal of Gastroenterology, 2014 ; 109 : 511-4

J. Edward Berk Distinguished Lecture: Avoiding Burnout: Finding Balance Between Work and Everything Else

Christina M. Surawicz, MD, MACG¹

Problématique du syndrome d'épuisement professionnel (« Burnout »)

- 1975 : Concept développé en milieu professionnel soignant, via des travaux empiriques (études cliniques par entretiens et observations) auprès de populations soignantes.
- « état de fatigue ou de frustration professionnels motivés par le dévouement à une cause ou un mode de vie qui ne répond pas aux attentes »
- Développement d'un outil de mesure (1981-1986)

MIB : Maslach Burnout Inventory

Syndrome tridimensionnel / 22 items / 3 notions :

- ⦿ EE (épuiement émotionnel) :
sentiment d' anéantissement des ressources émotionnelles et démotivation.
- ⦿ D (dépersonnalisation) développement d'attitudes impersonnelles et négatives envers les bénéficiaires de soins : perte d'empathie et cynisme
- ⦿ AP (accomplissement personnel professionnel) :
perte de la confiance en ses compétences, en particulier pour faire évoluer la situation

(EE : composant clé du BO, 1^{er} stade du BO)

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1986 ; 2 : 99-113.

Fig. 1 Maslach Burnout Inventory—voluntary written self-assessment of stress and burnout assessing the three main components of the burnout syndrome—emotional exhaustion (EE), depersonalisation (DP) and personal achievement (PA)

How Often	0	1	2	3	4	5	6
	Never	A few times a year or less	Once a month or less	A few times a month	Once a week	A few times a week	Every day

Question	Statement	How Often (0-6)
1	I feel emotionally drained from my work.	
2	I feel used up at the end of the workday.	
3	I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day at work.	
4	I can easily understand how my patients feel about things.	
5	I feel I treat some patients as if they were impersonal objects.	
6	Working with people all day is a real strain for me.	
7	I deal very effectively with the problems of my patients.	
8	I feel burned out from my work.	
9	I feel I'm positively influencing other people's lives through my work.	
10	I've become more callous toward people since I took this job.	
11	I worry that this job is hardening me emotionally.	
12	I feel very energetic.	
13	I feel frustrated by my job.	
14	I feel I'm working too hard on my job.	
15	I don't really care what happens to some of my patients.	
16	Working with people directly puts too much stress on me.	
17	I can easily create a relaxed atmosphere with my patients.	
18	I feel exhilarated after working closely with my patients.	
19	I have accomplished many worthwhile things in this job.	
20	I feel like I'm at the end of my rope.	
21	In my work, I deal with emotional problems very calmly.	
22	I feel patients blame me for some of their problems.	



Le Test de Maslach Burn out Inventory (MBI test)

Les 22 phrases ci-dessous représentent des sentiments (ou des idées, des impressions) que l'on peut éprouver à propos de son travail. Pour chaque sentiment (ou idée ou impression) merci d'indiquer selon quelle fréquence vous l'avez ressenti au cours des derniers mois. Pour répondre, merci d'adopter le système suivant :

NB : penser à autoriser les javascript pour utiliser le test..... Car certains antivirus les bloquent.

1) Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	Plusieurs fois/semaine ▼
2) Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	Une fois/semaine ▼
3) Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	Plusieurs fois/semaine ▼
4) Je peux comprendre facilement ce que mes clients*** ressentent.	Plusieurs fois/semaine ▼
5) Je sens que je m'occupe de certains clients*** de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	Une fois/mois ▼
6) Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.	Quelques fois/an ▼
7) Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes clients***.	Plusieurs fois/mois ▼
8) Je sens que je craque à cause de mon travail.	Une fois/mois ▼
9) J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.	Une fois/semaine ▼
10) Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	Une fois/mois ▼
11) Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	Quelques fois/an 40▼

- Plusieurs fois/semaine ▼
- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Plusieurs fois/mois
- Une fois/semaine
- Plusieurs fois/semaine
- Tous les jours**
- Plusieurs fois/semaine ▼

Autres critères ou échelles

- Critères de Grunfeld : Présence de BO si une des 3 dimensions est sévèrement anormale

Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L et al. Cancer care workers in Ontario : prevalence of burnout, jobstress and job satisfaction. CMAJ 2000 ; 163 : 166-9.

- Jefferson scale of physician Empathy : Importance de l'empathie

« It is as important to know what kind of a man has the disease, as it is to know what kind of disease has the man » Sir William Osler

Prévalence

- De 25 à 65 % chez les médecins en exercice
 - Trans-spécialité
 - Trans- générationnel
 - Trans-culturel
-
- Estimée 2 fois supérieure au taux moyen dans les autres professions

(Spinelli WM. Mayo Clinic Proc 2013 ; 88 : 1356-7)

Physician wellness: a missing quality indicator

Jean E Wallace, Jane B Lemaire, William A Ghali

- Suicide des médecins : 6 fois plus que la population générale
- Trait de personnalité A (perfectionnisme, workaholicism) avec mortalité cardiovasculaire accrue
- Risque de développer un comportement addictif : environ 10 % des médecins en exercice
- Risque accru pour les femmes médecins (conflits entre les options familiales et professionnelles)
- Secret entourant le problème, y compris quand le suicide ou la qualité des soins sont en jeu.
- Sélection puis formation des médecins aboutissant à l'idée que les meilleurs médecins « have few needs, make no mistake and are never ill »

Lancet 2009 ; 274 : 1714-21

Better Rested, but More Stressed? Evidence of the Effects of Resident Work Hour Restrictions

*Katherine A. Auger, MD; Christopher P. Landrigan, MD, MPH;
Javier A. Gonzalez del Rey, MD, MEd; Kira R. Sieplinga, MD; Heidi J. Sucharew, PhD;
Jeffrey M. Simmons, MD, MSc*

Les médecins juniors (< 10 ans de pratique)

22 % ne poursuivraient pas leur métier si l'occasion s'en présentait

Wallace JE et al. Lancet 2009 ; 274 : 1714-21

Lois de limitation des heures de travail des internes (2011 aux USA) :

Les internes sont moins satisfaits de leur travail →

item : accomplissement personnel professionnel : réduit

Auger KA et al. Academic Pediatrics 2012 ; 12 : 335-43.

« Early career »

- Choix de carrière (les moins satisfaits)
- Les conflits de choix (métier / famille) (les plus exposés)
- Item dépersonnalisation (significativement le plus élevé)

Dyrbye LN, Mayo Clin Proc 2013 ; 88 : 1358-67

Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages

Liselotte N. Dyrbye, MD, MHPE; Prathibha Varkey, MBBS, MHPE;
Sonja L. Boone, MD; Daniel V. Satele, BA; Jeff A. Sloan, PhD; and
Tait D. Shanafelt, MD

Dyrbye LN et al.

- Enquête mail envoyée à 89830 médecins américains
- 27276 ont ouvert le mail → 26,3% ont répondu : 7288 médecins
- Questionnaire civil, familial, professionnel, test de Maslach, avenir envisagé.

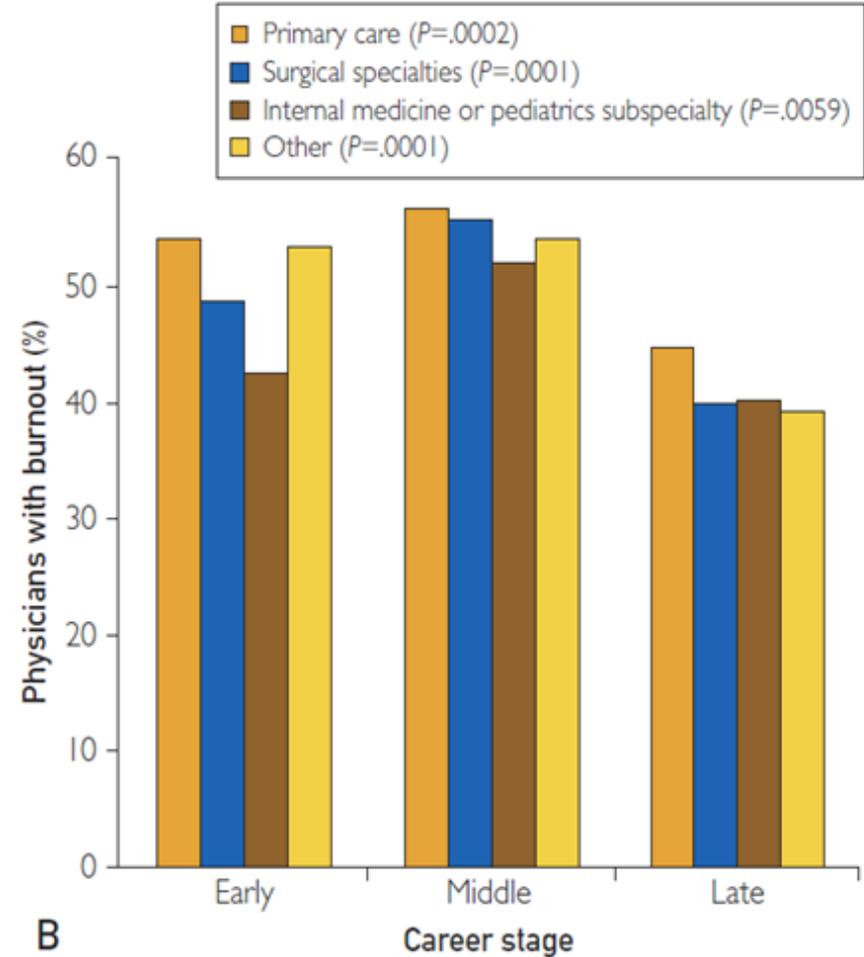
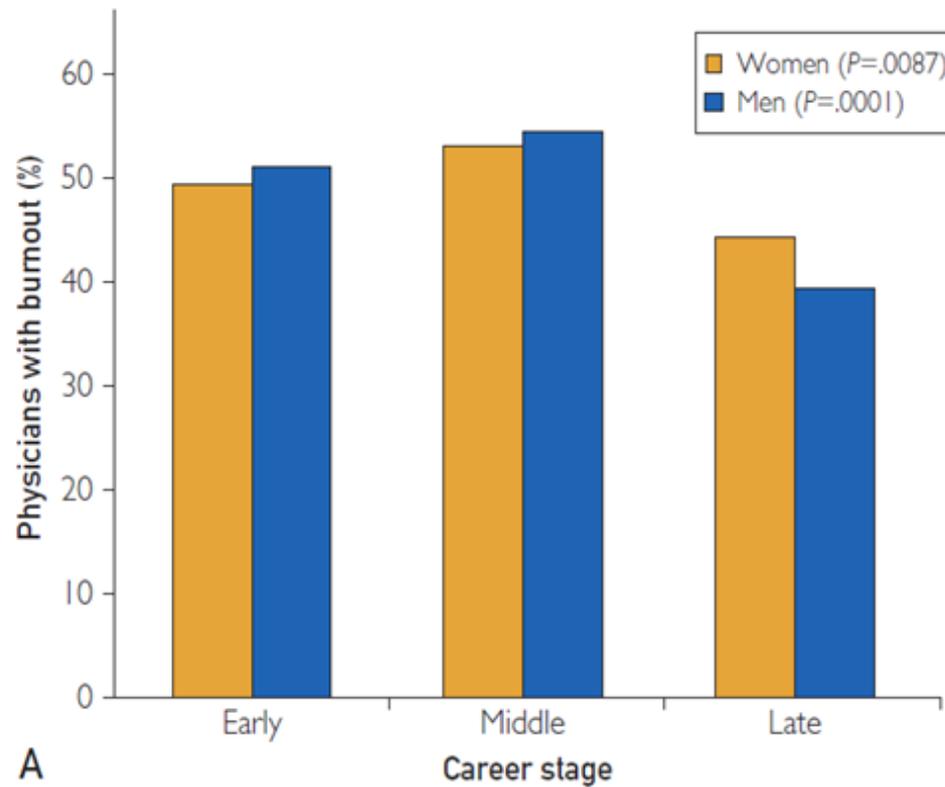
- « Middle career » : entre 11 et 20 ans d'exercice
- observations similaires en fonction du sexe, de la spécialité et du type d'exercice
- les plus insatisfaits du choix de leur spécialité
- le plus de frustration entre le rapport travail/vie courante
- le plus haut degré d'épuisement émotionnel EE et de BO
- 12,5 % envisagent de quitter leur métier dans les 2 ans

- Relation type Courbe en U entre l'âge et la satisfaction professionnelle

Début de carrière (< 10 ans)

Médiane (11 à 20 ans d'exercice)

Carrière avancée (> 20 ans)



Publication Pressure and Burn Out among Dutch Medical Professors: A Nationwide Survey

Joeri K. Tijdink^{1,2*}, Anton C. M. Vergouwen³, Yvo M. Smulders¹

¹ VU University Medical Centre, Department of Internal Medicine, Amsterdam, The Netherlands, ² Tergooi Hospital, Department of Psychiatry, Blaricum, The Netherlands,

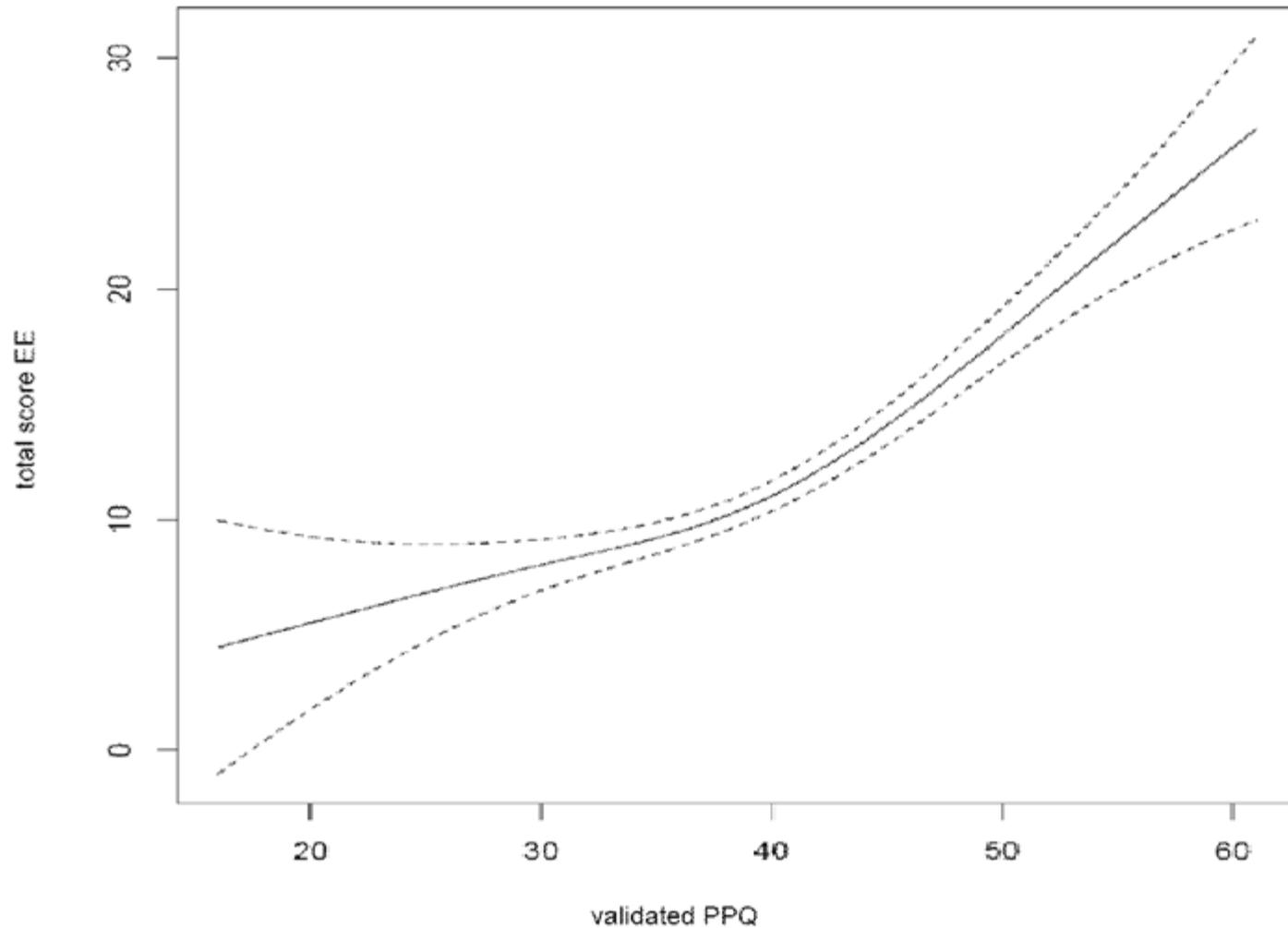


Figure 1. General Additive Model-curve, demonstrating the association between the sum score on the validated 14-item publication pressure questionnaire, and the Emotional Exhaustion component of the burn out index, adjusted for gender to reduce residual confounding (Benedetti A and Abrahamowicz M). The dotted line represents the 95% Confidence interval.

doi:10.1371/journal.pone.0073381.g001

Les conséquences : pour le patient

- ① Baisse de la qualité des soins (procédures écourtées, raisonnements simplifiés, prescriptions moins prudentes, discussions thérapeutiques moins approfondies)
- ① Patients moins observants, maladies chroniques moins bien prises en charge, par manque d'écoute et d'empathie, réduction des réponses aux questions des patients
- ① Erreurs sans ou avec conséquences ou séquelles

Les conséquences pour l'institution → prise en charge des médecins

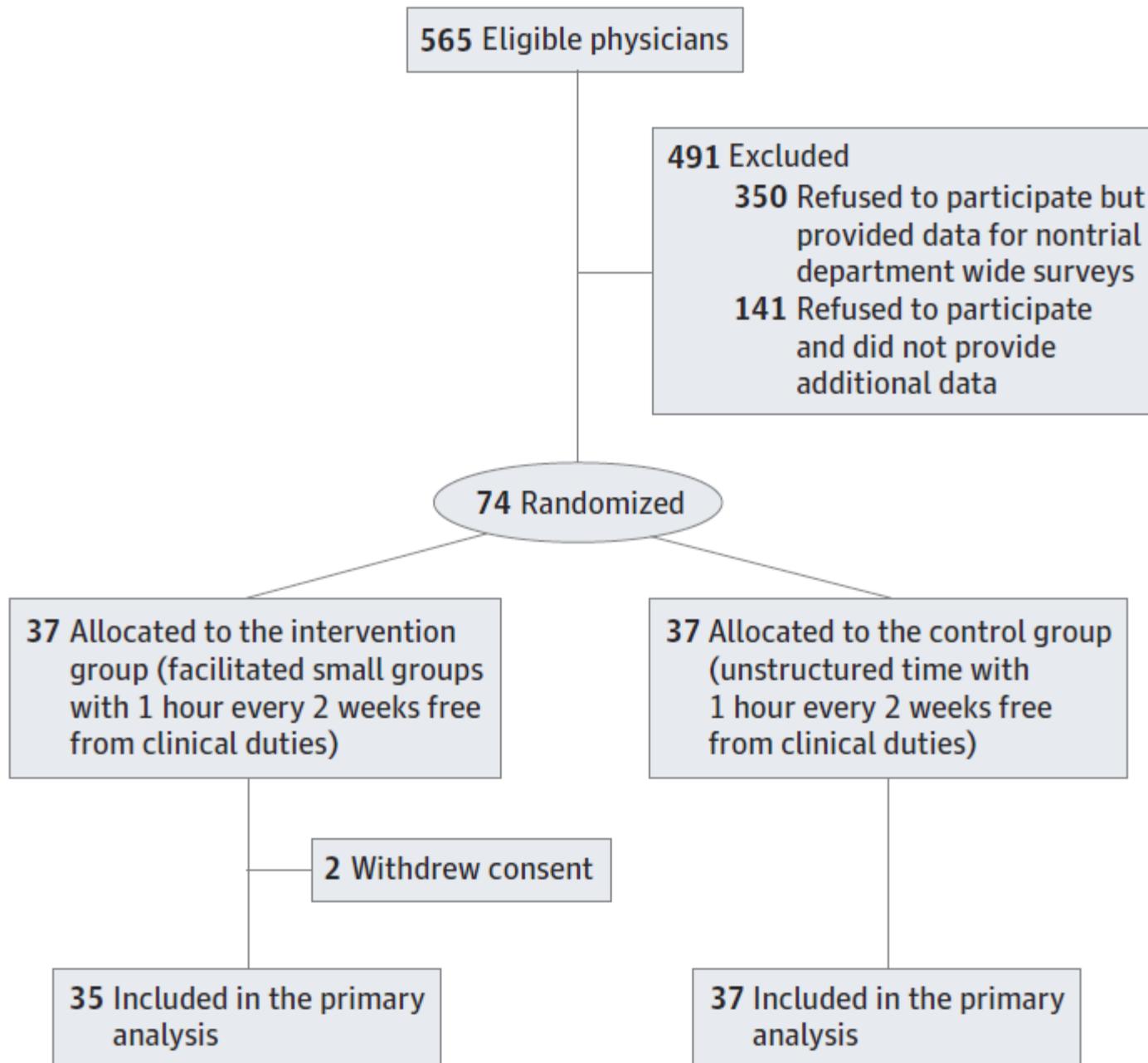
- Réduire le risque professionnel individuel (AVP, AES) et les comportements à risque (alcool, addiction, suicide)
- Réduire les dépenses pour l'institution
 - arrêt de travail
 - départ prématuré, retraite précoce, demande de réduction du temps de travail, changement total d'orientation professionnelle etc →
 - plaintes
- Meilleure efficacité professionnelle et qualité des soins

JAMA Intern Med 2014 ; 174 : 527-33.

Original Investigation

Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism A Randomized Clinical Trial

Colin P. West, MD, PhD; Liselotte N. Dyrbye, MD, MHPE; Jeff T. Rabatin, MD, MSc; Tim G. Call, MD;
John H. Davidson, MD; Adamarie Multari, MD; Susan A. Romanski, MD; Joan M. Henriksen Hellyer, RN, PhD;
Jeff A. Sloan, PhD; Tait D. Shanafelt, MD



Résultats pour la cohorte des médecins randomisés

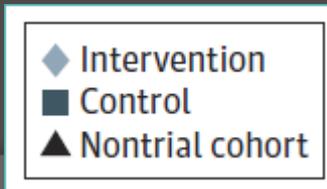
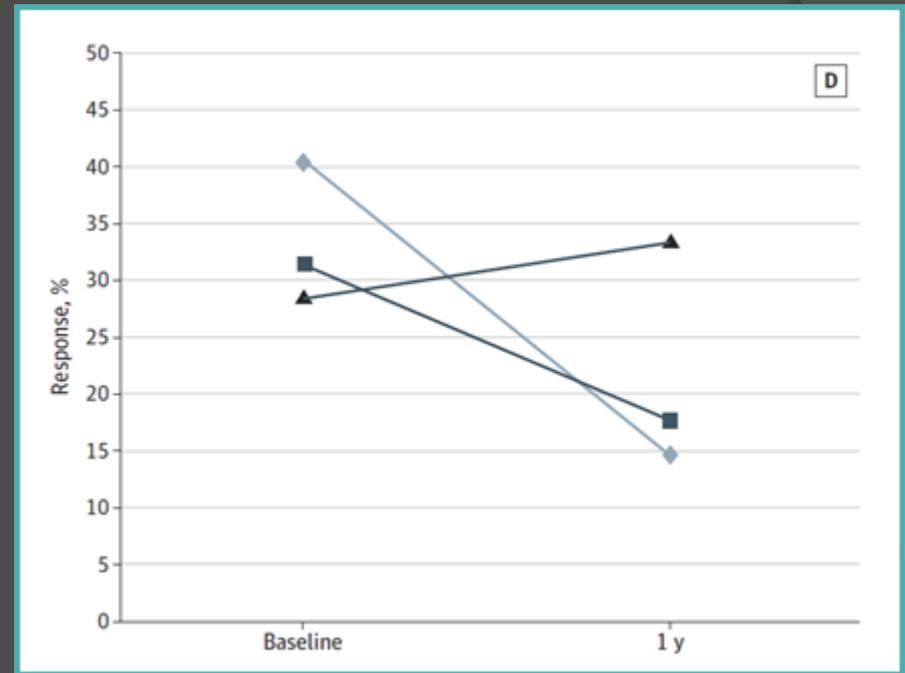
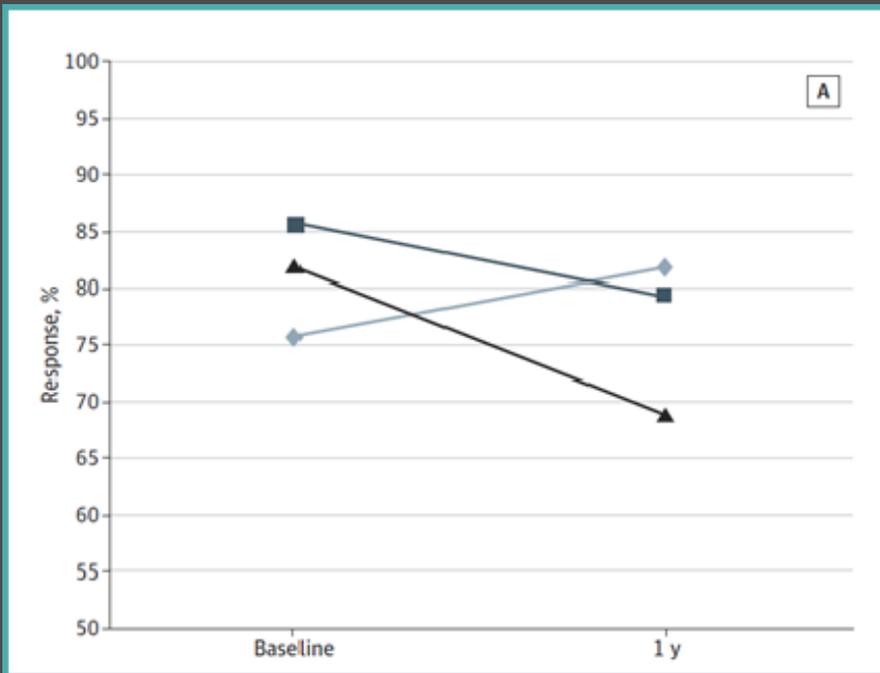
35 médecins / 35 médecins	Fin de la période d'intervention (1 an)	À 3 mois	À 12 mois
Engagement au travail	NS	0,04	0,03
Dépersonnalisation	NS	0,04	0,02
Les autres items	NS	NS	NS

Résultats de la cohorte randomisée / 350 médecins sans intervention

items	Randomisés, groupe actif	350 sans intervention	À 12 mois
Engagement significatif au travail	augmentation	réduction	0,04
Degré de BO (3 dimensions)	réduction	augmentation	0,04

% des médecins métier a une grande signification (meaningful)

% de médecins avec BO



Intervention to promote physician well-Being

This randomized clinical trial demonstrates that a facilitated small-group curriculum for physicians with protected time provided by the institution can improve elements of physician well-being, including meaning, empowerment, and engagement in work, and reduce distress, including depersonalization. This intervention is not a panacea for physician distress

La réponse institutionnelle, c'est bien

- ⦿ Un temps sanctuarisé par l'institution, pour des médecins (Internal Medicine), permet au-delà de 1 an d'augmenter pour eux leur investissement au travail
- ⦿ Avec réduction de l'item dépersonnalisation

Mais c'est insuffisant

American Journal of Gastroenterology, 2014 ; 109 : 511-4

J. Edward Berk Distinguished Lecture: Avoiding Burnout: Finding Balance Between Work and Everything Else

Christina M. Surawicz, MD, MACG¹

Table 2. Strategies to combat burnout

(Adapted from Shanafelt (20))

1. Balance personal and professional goals
 - Clarify what is most important in your personal and professional life
 - Identify conflicts
 - Control your work schedule
2. Shape your career and identify stressors
 - Determine whether you need to make career changes
 - Identify what energizes you and what drains you
 - Decide how these can be modified
3. Nurture wellness strategies
 - A. Relationships
 - B. Self-care
 - Eat and sleep
 - Exercise
 - Vacation
 - C. Mindfulness-based stress reduction
 - D. Personal interests

Conclusions

Prévalence élevée et risques élevés de l'épuisement professionnel

Responsabilité partagée de la prise en charge entre

- ① 1/ Une approche institutionnelle : à faire progresser
- ② 2/ Approche personnelle : développée en 3 items
 - Équilibre vie professionnelle/vie personnelle
 - Identifier les zones de stress : CAT
 - Stratégies personnelles de « bien-être »

Merci de votre attention

Remerciements à Mme Arrar