

Comment améliorer la qualité de vie des anesthésistes au travail ?

Max-André Doppia*, **Thomas Lieutaud****,
Georges Mion***

**Anesthésie Réanimation - CHU (Caen)*

***CNRS 5292 (Villeurbanne)*

****Anesthésie Réanimation - Groupe Hospitalier Cochin (Paris)*

1. Introduction

Chacun a dans la tête une idée de ce qui pourrait constituer son hôpital idéal. On imagine aisément une pression du temps moins forte, des échanges entre collègues sur un mode plus décontracté, un environnement plus ergonomique et des rapports humains bienveillants au bloc opératoire et en réanimation qui, assureraient la qualité technique et la sécurité des actes autant que l'accomplissement personnel de chacun... La réalité est un peu différente. Bien sûr, notre métier nous apporte de nombreuses satisfactions, mais la littérature internationale montre que, comme d'autres spécialistes, les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) ne sont pas à l'abri des troubles de la santé mentale (anxiété, dépression, syndrome d'épuisement professionnel) [1,2]. Ils peuvent être aussi concernés par des consommations abusives de psychotropes, d'alcool, voire de drogue et sont victimes d'un taux élevé de suicides [3]. Le corps médical et particulièrement les MAR sont ici deux fois plus touchés que la population générale.

En France, comme à l'étranger, depuis plusieurs années, des réformes en profondeur ont modifié les modes de gestion et l'environnement professionnel des soignants. Les postes hospitaliers peinent à trouver preneurs, y compris en CHU. La création d'un groupe de travail dédié au sein de la WFSA [4] témoigne que le bien-être professionnel et la santé au travail de l'anesthésiste sont désormais des préoccupations partagées au plan international. La SFAR, le CFAR et les organisations syndicales du secteur hospitalier public et du secteur libéral multiplient les initiatives (sessions dans les congrès, publications scientifiques, commission SMART [5], Observatoire de la souffrance au travail [6] où sont abordés les troubles de la santé au travail, leurs conséquences et, plus généralement, la qualité de vie au travail (QVT).

2. La santé : des changements de tous ordres

Malgré le choix de la spécialité en très bonne place à l'ENC (examen national classant) [7], les difficultés démographiques de la spécialité restent liées à une répartition inégale des médecins anesthésistes et des flux de formation au DES entre les régions [8]. Les praticiens assujettis à la permanence des soins revendiquent une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle. La mise en place du repos de sécurité après une garde a amélioré les conditions de travail des MAR du secteur public [9]. Bien que non réglementaire pour elles, les équipes du secteur libéral appliquent de plus en plus cette mesure de sécurité et de confort de vie professionnelle ou la revendiquent. Une telle disparité de traitement étonne, s'agissant d'une disposition, à tous points de vue, sécuritaire pour les patients comme pour des médecins qui travaillent en moyenne plus de 55 heures par semaine.

Aujourd'hui, dans un contexte économique très contraint, une plus grande productivité est recherchée et le secteur hospitalier vit, comme beaucoup d'autres, une intensification du travail. Il faut satisfaire non plus seulement aux besoins des patients (sécurité, qualité, confort), mais aussi répondre à des objectifs gestionnaires et financiers [10]. Les managers raisonnent en parts de marché et les établissements publics ou privés, soumis l'un et l'autre à la tarification à l'activité (T2A) convergente, doivent démontrer leurs performances médicales mais aussi, économiques. Le secteur libéral a restructuré et modernisé plus précocement ses plateaux techniques en les regroupant. Ses équipes anesthésiques ont un dimensionnement plus homogène et surtout, un mode de décision plus concerté et plus court. La cooptation des confrères y est fréquente, et les choix techniques, plus collectifs. Le niveau des revenus est aussi notoirement plus élevé et la justice organisationnelle y paraît mieux assurée [11].

Incontestablement, compte tenu d'enjeux financiers devenus primordiaux, une forte pression de production s'applique aujourd'hui dans les établissements de soins, à présent, plus concurrents que complémentaires. Les mutualisations public-privé, souhaitées par les pouvoirs publics, n'effacent pas cette concurrence.

Certains hôpitaux généraux sont en telle souffrance démographique avec un effectif parfois réduit à deux, voire à un seul praticien permanent, qu'ils doivent constamment recourir aux remplaçants intérimaires dont l'investissement institutionnel est illusoire. D'autres structures, plus importantes, vivent elles aussi, cette situation d'instabilité. Ainsi, quel que soit le secteur, public ou libéral et la taille de l'établissement, les mauvaises conditions de travail augmentent le risque d'erreurs. L'insatisfaction professionnelle et les atteintes à la santé apparaissent quand il y a déséquilibre entre les ressources disponibles (humaines, matérielles et organisationnelles) et les objectifs assignés.

3. Qualité... satisfaction des patients : et les docteurs ?

Un état des lieux de l'anesthésie en France et de ses perspectives a pu être dressé lors des Etats Généraux de l'Anesthésie Réanimation (EGAR) qui se sont tenus le 18 juin 2010 à l'initiative de la SFAR [12]. Durant les trente dernières années, le confort technique des anesthésistes réanimateurs a bénéficié de nombreuses avancées pharmacologiques, technologiques et conceptuelles. Elles leur ont permis d'améliorer considérablement la sécurité et le confort de leurs patients au bloc opératoire ou en réanimation [13]. En retour, la profession bénéficie d'une reconnaissance certaine auprès des Français. Malgré une angoisse naturelle qui persiste devant l'acte anesthésique, plus de 94 % de nos concitoyens affirment avoir confiance dans les anesthésistes (sondage SFAR-BVA juin 2010) [14]. Mais, si la qualité de leur travail est reconnue et appréciée par les patients, trop rares sont encore les hôpitaux ou les cliniques qui investissent dans l'évaluation de la QVT des soignants et particulièrement des médecins.

Sans doute s'agit-il pourtant d'un enjeu de santé publique puisque, très récemment, la Haute Autorité de Santé a décidé d'intégrer le critère 3.d « qualité de vie au travail » dans la révision d'avril 2011 du manuel de certification des établissements de santé.

Heureusement, la majorité des MAR ne subissent pas d'altération sévère de leur santé au travail. Des liens sont néanmoins démontrés entre l'insatisfaction au travail et la santé des professionnels, la qualité et le coût des soins [15,16]. L'épuisement professionnel s'accompagne de comportements à risque pour les patients mais aussi pour les médecins, avec une prise en charge approximative. Le désinvestissement chronique prend des formes qui vont de la perte progressive d'intérêt pour l'exercice de son métier à une opposition systématique ou à des conflits dans les relations professionnelles. L'absentéisme, voire l'arrêt prématuré de la profession sont aussi des conséquences démontrées de l'insatisfaction professionnelle chez les infirmières et les médecins [17].

4. Stress, santé et satisfaction au travail

Le niveau d'insatisfaction au travail influence négativement la santé des travailleurs et se trouve très fortement associé à la survenue de troubles psychologiques et somatiques. Des relations statistiques fortes existent entre épuisement physique et émotionnel, estime de soi, anxiété et dépression.

4.1. Des modèles d'analyse du stress au travail

Le stress professionnel en anesthésie - réanimation a longtemps été adossé au seul risque médico-légal dans la profession. Mais en 1997 déjà, Kam [18] avait montré que bien plus importantes sont les conséquences d'une faible influence au travail, de mauvaises relations interpersonnelles, de la faiblesse du travail d'équipe et des conflits vie privée/vie professionnelle. Une revue générale actuellement sous presse confirme l'importance déterminante de ces facteurs. L'insatisfaction de ne

pouvoir donner des soins correspondant aux attentes du soignant et du patient est une source de stress supplémentaire.

Les modèles d'analyse les plus connus concernant les dimensions psychosociales du stress au travail sont, d'une part, le modèle de Karasek et Theorell [19, 20] ([figure 1](#)) et d'autre part, le modèle effort-récompense de Siegrist [21].

Le modèle de Karasek et Theorell évalue la demande quantitative, cognitive ou émotionnelle du travail ainsi que le contrôle du salarié sur son travail et les conflits interpersonnels. Le risque pour la santé psychique apparaît en cas de forte demande associée à une faible influence au travail ou autonomie. En revanche, le soutien social vient moduler la tension au travail [22]. En anesthésie, Kinzl [23] a montré que les possibilités de contrôle, d'implication et de participation (ce qui a la même signification que l'influence au travail ou l'autonomie) sont fortement corrélées à la satisfaction du médecin ([tableau I](#)).

Le modèle de Siegrist s'intéresse au déséquilibre effort/récompense lié au travail. Il évalue la récompense comme étant la manifestation du respect et de l'estime de la part de la hiérarchie et des collègues au regard de la qualité du travail effectué. Le modèle a validé les effets physiologiques et psychologiques néfastes d'un déséquilibre perçu entre un effort élevé et un faible retour en reconnaissance. Bien entendu, les revenus du travail ont leur importance. Mais la place conférée au praticien par l'équipe, le constat de ses habiletés et de sa capacité à faire partie du groupe en ce qu'il respecte les règles du Métier partagé, forment une part symbolique mais non moins essentielle de la reconnaissance. C'est le jugement de beauté qui ne peut être porté que par les pairs dans le Collectif de travail. Mais chez les médecins, la gratitude des patients et des familles joue également un grand rôle. On est d'abord médecin dans le regard de son patient. Pour l'anesthésiste confiné au bloc, le risque existe d'être réduit à une position de technicien qui n'en reçoit que le retour des honoraires ou du salaire.

C'est pourquoi, en période péri opératoire, dans les unités de soins, la place des MAR peut aussi revêtir une importance particulière. Après l'amélioration considérable de l'évaluation préopératoire, la sécurisation de la période opératoire et le réveil, leurs compétences médicales peuvent encore être mises à profit à la phase postopératoire. C'est là que se gagnera l'amélioration de la morbi-mortalité opératoire dans les années à venir. Ce sujet a fait débat au sein de la société savante et il n'est pas interdit d'affirmer ici que, dans l'espace qu'est l'unité de soins, les MAR peuvent recevoir la reconnaissance des patients comme un puissant bénéfice symbolique pour leur travail au sein de leur équipe. A la condition, bien sûr, de pouvoir y définir le cadre et les modalités de leur intervention. Celle-ci doit être exempte de toute sujétion mais, au contraire, organisée et valorisée à sa juste mesure.

4.2. Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout)

Contrairement aux USA où le Burnout syndrome (BOS) a été décrit dans les années 70, en France, l'intérêt pour la souffrance au travail n'est manifeste que depuis quelques années seulement [24]. L'enquête SESMAT conduite en 2008 auprès des médecins hospitaliers salariés s'est intéressée à la satisfaction professionnelle, à la santé et au syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins et pharmaciens dans les établissements publics. Chez les MAR, dont 40 % sont touchés, les résultats éclairent les circonstances qui impactent défavorablement leur qualité de vie au travail et augmentent le risque de survenue d'un BOS [25]. La faible qualité du travail d'équipe OR = 1,99 IC₉₅ [1,14-3,47], un score élevé de conflit vie professionnelle/vie personnelle OR = 3,12 ; IC₉₅ [1,60-6,08] et une pression quantitative de travail élevée OR = 3,40 IC₉₅ [1,34-8,63] ainsi que des relations interpersonnelles tendues dans l'équipe OR = 1,92 IC₉₅ [1,25-2,95] apparaissent comme autant d'éléments déterminants qui doivent être pris en compte pour améliorer la qualité de vie au travail. Les femmes sont plus vulnérables que les hommes. Les urgentistes sont les plus touchés des médecins salariés (56 %), suivi par les gériatres (52 %)

Une autre étude française [26] a analysé 1603 réponses à un questionnaire mis en ligne en 2009 sur le site de la SFAR. Elle a montré un taux d'épuisement professionnel évalué par le MBI (Maslach Burnout Inventory) chez 58 % des répondants, soit un peu plus que dans l'enquête SESMAT. L'ensemble des études sur le burnout confirme que l'autonomie, la qualité des relations humaines, le soutien social, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle sont autant d'éléments de prévention de l'épuisement professionnel. En revanche, les personnalités perfectionnistes (volontiers rencontrées dans notre profession) et particulièrement investies, sont à risque élevé de burnout [27].

5. Pourquoi améliorer la qualité de vie au travail des anesthésistes ?

Les relations humaines, la qualité du travail réalisé et sa reconnaissance sous ses différentes formes apparaissent comme les premiers facteurs de satisfaction et de préservation de la santé professionnelle. Les dimensions culturelles et organisationnelles de l'équipe jouent un grand rôle dans la performance hospitalière et la qualité des soins [28]. Lorsque la cohérence culturelle est forte dans une équipe affirmant des valeurs communes, un contrôle normatif se met en place et régule efficacement les interactions. A l'inverse, lorsque la cohérence culturelle médicale est faible, les facteurs individuels prédominent (satisfaction /insatisfaction au travail) et peuvent entraîner des comportements négatifs pour l'organisation : absentéisme ou désinvestissement aux conséquences toujours néfastes pour la fiabilité de la chaîne de soins.

L'importance de l'organisation étant soulignée, il ne faut pas négliger les facteurs individuels comme les échanges entre soignants, bien sûr, ou avec le patient et sa famille. D'autres facteurs apparaissent très pénalisants comme une charge de travail trop importante, des conditions d'exercice stressantes [29], des locaux inadaptés qui contrarient l'exercice serein d'un métier aux fortes contraintes de temps, d'espace, mais aussi, médicolégales (ENEIS 2004) [30]. L'apparition d'une souffrance au travail peut progressivement aboutir à des troubles du sommeil,

au burnout, aux conduites addictives et parfois, au suicide. Elle est ainsi non seulement préjudiciable, mais clairement contre-productive.

Au contraire, la qualité de vie au travail représente pour l'organisation elle-même, un puissant facteur d'engagement et de rétention de ses personnels [31,32] comme en témoigne le concept de Magnet Hospitals pour les infirmières aux Etats-Unis. [33]

6. Des pistes pour améliorer la qualité de vie au travail

Le concept de QVT recouvre des dimensions telles que l'organisation de l'activité, la sécurité, le gestion du stress et la santé au travail. Mais la QVT, c'est aussi la possibilité pour chacun de faire valoir et progresser ses compétences, d'éprouver la qualité du lien social au travail dont l'importance est aujourd'hui bien démontrée. Le contrôle sur son travail, ses horaires et l'assurance d'une mutuelle loyauté entre le médecin, l'administration, sa hiérarchie ou ses collègues, sont des éléments qui contribuent à la satisfaction du médecin anesthésiste. Installer et entretenir un bon équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle contribue à un sentiment de sécurité qui participe de son bien-être personnel et de sa santé. En 2005, une importante méta-analyse portant sur 485 études et totalisant 267 995 personnes a confirmé un lien étroit entre l'autoévaluation de la satisfaction au travail et le bien-être physique et mental éprouvé [34]. Augmenter la qualité de vie au travail passe par la réduction des causes de souffrance professionnelle identifiées à ce jour, réalité partagée par une proportion non négligeable des acteurs de soins, médicaux et paramédicaux, à un moment ou à un autre de leur carrière. La qualité du travail n'est jamais une valeur donnée mais elle résulte plutôt d'une construction collective permanente. Cette voie est celle de l'influence au travail qui est en lien avec le travail d'équipe.

7. Organiser le bloc opératoire

L'organisation a un impact majeur sur la sécurité des soins, premier objectif des structures d'anesthésie réanimation. On distingue quatre niveaux et douze facteurs-clés où l'équipe joue un rôle déterminant ([tableau II](#)) [35].

L'organisation contribue à la satisfaction au travail ([tableau III](#)), d'autant plus dans un contexte de pénurie de professionnels de santé. Elle doit aboutir à éviter les « missions impossibles » imposant de mal faire son travail, comme d'avoir à faire face à plusieurs urgences simultanément, travailler sur des sites trop distants ou encore assurer fréquemment de trop longues périodes de travail ou un nombre excessif de gardes. Il faut ici se méfier d'une dimension trompeusement valorisante pour l'anesthésiste, le poussant à endosser le costume du héros. Le syndrome d'Icare conduit l'imprudent au désastre. Savoir refuser une organisation défectueuse et porteuse de risques non maîtrisés est une qualité professionnelle autant qu'un devoir déontologique.

7.1. Etablir et faire respecter la charte de bloc

Les attributions des conseils de bloc et la nécessité d'établir une charte de bloc ont été précisées dans deux circulaires [36]. La charte de bloc est un outil de régulation qui fixe les devoirs et les droits de chacun, quel que soit son statut. Une planification opératoire adaptée est connue pour favoriser le passage fluide des patients au bloc en respectant les règles sécuritaires (complexité des interventions et des terrains des patients, ordre de passage compatible avec la disponibilité du personnel chirurgical autant qu'anesthésique). Le responsable de bloc doit être reconnu et son rôle respecté. De même, une programmation optimale, c'est à dire réalisée conjointement, devrait prendre en considération les rythmes quotidiens comme les pauses déjeuner et la baisse physiologique de la vigilance en seconde partie d'après-midi. C'est là que s'observe, en fin de journée, une plus grande fréquence de survenue d'événements indésirables [37,38] dans une période de vulnérabilité de l'organisation, surtout lorsqu'elle doit faire face à un flux tendu de personnel.

8. L'importance des aspects relationnels

8.1. La réappropriation de l'humain

Globalement, les méthodes de management doivent évoluer pour repenser le fonctionnement des établissements de soins privés ou publics, grands et petits, en soutenant mieux la notion d'équipe, de groupes, de services ou encore de département. Même s'il reste du chemin à parcourir, les relations entre anesthésistes et chirurgiens ont eu tendance à s'améliorer au fil des années. Il est essentiel que les qualités de l'équipe anesthésique soient reconnues : compétences partagées, cohésion, élaboration collective. La vie, c'est la confrontation, pas l'ordre (Christophe Dejournès) mais les relations entre l'une et l'autre équipe doivent avoir pour but d'établir une coopération sans sujétion, basée sur une exigence de réciprocité.

Il est ainsi fondamental de lutter contre toute forme de harcèlement, d'où qu'il vienne. Les règles de management et les relations interpersonnelles devraient pouvoir être analysées et constamment améliorées. Le respect mutuel et la bienveillance devraient être la règle. Il est inadmissible d'observer souvent encore le harcèlement exercé par les « petits chefs » ou par du personnel médical vis-à-vis du personnel paramédical, au bloc opératoire notamment. Les droits et les devoirs devraient faire partie intégrante de l'enseignement initial et de la formation continue. Les managers devraient être conscients des enjeux déontologiques que représentent les rapports interpersonnels au sein des équipes.

8.2. La place de la communication

Dans 62 % des cas, la mortalité anesthésique est liée à des problèmes de communication dans l'équipe [39]. Il faut élaborer des règles de communication et la mise en place de la check-list est une avancée majeure en ce sens. Il importe de respecter strictement les conditions de sa réalisation, notamment la pratique du time-out qui doit entrer dans notre culture comme une procédure incontournable qui

permet l'échange verbal indépendamment de toute affectivité. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ont à présent envahi notre espace professionnel à la même vitesse que notre espace personnel. Les impératifs institutionnels de traçabilité de l'information et sa rapidité ont fait choisir les supports électroniques. Mais la tendance actuelle du « tout virtuel » peut considérablement modifier nos comportements au sein de l'équipe et surtout vis à vis de nos partenaires chirurgiens ou de l'encadrement. Vis-à-vis des relations humaines, il faudrait inverser la tendance actuelle des échanges exclusifs par les NTIC, limiter la communication intensive par mail et remplacer les échanges virtuels par de vrais échanges entre personnes. Dans ce cadre, il est important de pouvoir localiser rapidement un interlocuteur dans un système très mouvant : cadre, leader, responsable.

Par ailleurs, s'il est compréhensible que l'établissement dispose des éléments d'activité pour améliorer ses objectifs financiers dans le contexte T2A, il n'en reste pas moins vrai qu'un retour d'information doit pouvoir être obtenu par les professionnels. C'est la seule manière de permettre à l'équipe de s'approprier ses données d'activité où les éléments qualitatifs lui serviront à organiser le suivi et l'amélioration de ses propres objectifs de qualité (situations cliniques complexes, utilisation des matériels, gestion des erreurs ou presque-accidents, appréciation de ses coûts, etc.).

8.3. Développer le travail d'équipe

L'anesthésie-réanimation est une spécialité d'équipe. Ceci sous-tend un solide accord sur les missions dévolues à chacun de ses membres, la manière de les accomplir, et pose le principe de l'élaboration commune du travail et de son sens. L'équipe et son fonctionnement jouent un rôle déterminant dans le domaine de la communication, de la supervision ou du leadership. Une approche de type CRM (Crew Resource Management) doit encore se développer en milieu médical pour améliorer la communication au sein de l'équipe afin que chacun développe ses compétences non techniques. La capacité à demander et à obtenir de l'aide dans son travail prend sa source dans les relations qui unissent le groupe : un intérêt ou

un objectif commun fondent la qualité des liens entre les personnes. Coopérer en différents domaines tout en assumant efficacement les rôles différents des membres de l'équipe, MAR ou IADE, crée les conditions de la qualité par le travail du collectif plus que par la seule observance individuelle de règles prescrites. Ainsi, la satisfaction professionnelle est-elle reliée à la possibilité d'établir des liens de coopération dans l'organisation (dossier commun, prescriptions successives, transmissions, passages de relais, procédures de prise en charge) ([tableau IV](#)).

En 2009, une revue de la littérature [40] a confirmé que, dans les blocs opératoires, dans les unités de soins intensifs et dans les services d'urgence, le travail d'équipe est associé au bien-être des équipes et à une meilleure qualité des soins en contribuant à éviter les événements indésirables. L'absence ou la faiblesse du travail d'équipe peut nuire à la capacité du clinicien à fournir des soins en sécurité aux patients. Les modalités de communication, la coordination et le leadership facilitent un travail d'équipe efficace et il conviendrait de renforcer les connaissances des leaders dans ces domaines par des formations adaptées.

Au-delà de l'apprentissage ou de la formation continue aux gestes et aux techniques médicales, la simulation est une voie intéressante pour mieux former une équipe à user de modes de communication plus performants, et à améliorer leurs compétences « non techniques », tant dans les situations de crise que dans les situations de routine au bloc opératoire ou dans une unité de réanimation [41].

8.4. Stabiliser les équipes

Le recours à l'intérim est maintenant chose courante dans les hôpitaux généraux où, par exemple en région Rhône-Alpes, 23 des 26 des centres hospitaliers publics recherchent des remplaçants pour assurer leur fonctionnement médical [42], témoignant ainsi d'une attractivité perdue. Il est étonnant que des 13 centres investigués dans la région Rhône-Alpes, aucune direction n'a sollicité de rendez-vous pour connaître les raisons du choix d'un praticien pour la position de remplaçant. En clair, pour mieux comprendre les critères de qualité de vie au travail de cette nouvelle catégorie de praticiens. L'accueil des médecins remplaçants à l'hôpital et dans le service était assuré dans 50 % des cas par un médecin non

permanent ou par une IADE et n'était formalisé que dans un tout petit nombre d'hôpitaux. Enfin, la qualité du logement est éminemment variable entre les hôpitaux. La mise à disposition d'un bureau, personnel ou partagé, est une pratique rare pour les remplaçants (1/12).

Il faut favoriser la prise de repères pour les nouveaux médecins d'une équipe, par exemple par la mise en place d'un « pack d'accueil » complet et formalisé : blouses, bureau, téléphone, clés, cartes d'accès aux parkings et vestiaires, cartes de visites, etc., de manière à favoriser un sentiment d'appartenance, d'accueil et d'intégration plus rapide dans la structure. Il est évident que la mise à disposition de moyens matériels et paramédicaux suffisants et de moyens informatiques modernes pour les consultations, le postopératoire, etc., sont facteur de QVT et de rétention des membres d'une équipe. Encore faut-il que l'équipe ne se résume pas à la simple addition d'effectifs en rotation constante au motif d'assurer leur saine polyvalence au sein de pôles de soins. La visibilité et le lien social peuvent s'en trouver notablement amoindris, réduisant d'autant les chances de coopération et les diverses formes de soutien entre professionnels et dont on sait l'influence sur la QVT.

9. Améliorer l'environnement de travail

9.1. Limiter et adapter l'exposition au confinement du bloc opératoire

Un chirurgien reste rarement une semaine entière au bloc opératoire du matin au soir. La durée, le rythme et la fréquence de l'exposition chronique au confinement du bloc opératoire sont différents pour les opérateurs et les MAR. Ainsi peut-on expliquer de réelles divergences dans le ressenti de cette contrainte qui n'est, par nature, pas identique, même si l'espace d'exposition est le même. Le confinement prolongé, durant la journée, la semaine, la carrière, dans une structure aussi « étanche » et, aujourd'hui, soumise à des règles de sécurité industrielle n'est en effet pas anodin. Le bloc opératoire n'a jamais été adapté pour être supporté de manière intensive. Il s'agit de moins en moins d'un lieu de convivialité du fait d'une

pression de production qui se traduit par une course au temps tracé en permanence. Comme pour l'Aviation Civile, il devrait être possible de définir un nombre maximal d'heures et de jours par semaine durant lesquels l'anesthésiste peut être exposé à la contrainte de bloc opératoire sans que cet enfermement devienne pesant, voire dangereux pour ses patients ou pour lui-même.

On peut ici citer l'aménagement d'espaces plus confortables pour s'extraire de la salle d'opération et faire des pauses indispensables. Mais il est aussi question de l'ergonomie des locaux qui, il faut le dire, n'est pas suffisamment prise en compte dans un parc hospitalier qui se rénove pourtant depuis la fin des années 90. Il est nécessaire que les locaux permettent de répondre à des besoins naturels comme manger correctement pendant la journée de travail et en garde, autrement qu'un sandwich en 20 minutes, pouvoir s'isoler du bruit (air conditionné, aspiration, alarmes), du froid omniprésent dans les salles d'opération. L'ambiance lumineuse a son importance également. L'exposition durable à la seule lumière artificielle est délétère sur la sécrétion de mélatonine avec les conséquences que l'on connaît sur l'humeur en cas de déficit de lumière naturelle. Dans la mesure du possible, la possibilité d'alterner le bloc opératoire et des activités hors bloc doit pouvoir être offerte, ces dernières ayant un « effet soupape ».

9.2. Limiter les horaires extensifs

En 1999, les auteurs d'une étude finlandaise (Whitehall II) [43] ont observé une cohorte de fonctionnaires britanniques pendant une durée de près de six ans. Une durée de travail de 11 heures ou plus par jour était associée à la survenue de 2,3 à 2,5 fois plus d'épisodes dépressifs majeurs par rapport à une durée de travail standard de 7 à 8 heures par jour. Des troubles cardiovasculaires surviennent plus fréquemment chez les personnes effectuant de plus longues périodes de travail [44]. Enfin, l'impact quotidien des horaires extensifs se fait sentir dans l'entourage personnel et familial et se traduit fréquemment dans des conflits vie professionnelle/vie privée. Le respect de durées de travail compatibles avec un exercice sécuritaire est un impératif évident. Des périodes de pauses doivent être envisagées dans la journée de travail. Comme pour les autres personnels, les

modifications des organisations de travail, notamment celles qui impliquent un allongement des durées d'ouverture de sites opératoires, devraient systématiquement faire l'objet d'une évaluation préalable et d'un suivi d'impact après leur mise en œuvre. Une sage mesure serait aussi que l'organisation permette de limiter le nombre de jours où l'anesthésiste est exposé, seul, à des interventions de très longue durée [45].

Toutes les modifications des organisations de travail, notamment celles qui impliquent un allongement des durées d'ouverture de sites opératoires, devraient systématiquement faire l'objet d'une évaluation préalable et d'un suivi après leur mise en œuvre avec des objectifs prenant en compte ces déterminants.

9.3. Humaniser les gardes

Assurer la continuité et la permanence des soins est une contrainte acceptée comme inhérente au métier. La prise de gardes et le travail nocturne constituent cependant l'un des aspects stressants du métier. Lors d'une garde, le système sympathique reste anormalement activé la nuit, y compris pendant les périodes de sommeil. Le minimum, insuffisamment pris en compte dans les établissements, est de prévoir des chambres de garde confortables, propres et surtout, silencieuses. Imposer le « repos » du médecin au milieu d'un service de réanimation et de toutes ses alarmes et ses sonneries de téléphone est un non-sens. Réviser les normes d'hôtellerie pour la permanence des soins apparaît bien nécessaire au regard de la pénibilité de cette mission. Le respect du repos post-garde dans son concept et dans sa durée ne devrait souffrir d'aucune exception.

10. Pour une reconnaissance du staff d'anesthésie

Trop souvent, et de manière caricaturale, les MAR n'organisent pas de « staff » institutionnalisé dans leur département comme le font d'autres spécialistes. Il n'existe de réunions de service périodiques que pour certains gros centres. Les plus petits n'ont, soit, jamais eu cette pratique, soit, l'ont abandonnée et

stagnent au quotidien dans l'informel. Dans 90 % des centres investigués en région Rhône-Alpes (cf. supra), les programmations opératoires sont laissées à la charge des cadres de bloc, sous la dépendance de la seule programmation chirurgicale. Il faut redonner sa place au collectif de travail et reconnaître la plus-value du staff d'anesthésie : donner la possibilité de se réunir régulièrement au sein d'un secteur et d'un département pour l'élaboration du travail en amont et un débriefing en aval, comme le font les chirurgiens mais aussi pour élaborer des projets à moyen ou long terme.

Préparer le programme anesthésique, affecter les compétences là où elles devront le mieux s'exprimer, va dans le sens d'un bon fonctionnement collectif. Le staff peut accueillir des projets internes, impliquant, là encore, le développement des habiletés et des compétences au gré des souhaits de chacun. Mais cette part irréductible du travail et qui ne saurait se résumer à l'organisation de RMM, ne reçoit pas aujourd'hui sa part de reconnaissance institutionnelle tant nous sommes souvent considérés comme de simples facilitateurs d'actes chirurgicaux. Comme dans n'importe quelle autre spécialité médicale où ces temps d'échanges font partie des bonnes pratiques, les staffs d'anesthésie devraient pouvoir se tenir de manière institutionnalisée et régulière, réalisant un espace de délibération collective pour la qualité [46].

11. Diversifier les activités

Le MAR est plus et mieux qu'un simple technicien. Diversifier ses activités lui permet d'éviter de tomber dans le piège de la monotonie que constitue une présence soutenue au bloc opératoire. Bien entendu, cette diversification ne doit pas se faire au détriment du sentiment de sécurité que procure la stabilité ; elle doit être discutée avec les intéressés, souhaitée, planifiée. Le MAR, par ses compétences, est sûrement mieux placé que quiconque pour approcher le patient dans une globalité qui va de la consultation à la sortie de l'hôpital. Il faut lui permettre d'exister autrement et de participer à d'autres activités, cliniques, comme la consultation, ou de pouvoir s'isoler pour répondre à d'autres obligations qui font aussi partie de son

métier. La reconnaissance du métier doit l'être dans toutes ses dimensions : compagnonnage, développement des compétences. L'analyse des indicateurs d'activité au bloc opératoire, le suivi des protocoles de prise en charge en secteur d'hospitalisation, la participation à l'amélioration continue des savoirs des personnels de soins, sont aussi des missions utiles pour la qualité du service rendu et contribuent au fonctionnement de l'équipe qui doit aujourd'hui et demain s'envisager sur un mode pluridisciplinaire.

L'importance du rôle de l'anesthésiste est d'ailleurs reconnue par les patients, bien au-delà même du geste technique, au point que 87 % des Français considèrent qu'il serait normal de procéder à un suivi post-anesthésique après l'intervention. Nos patients souhaiteraient une visite de contrôle, comme pour le chirurgien (sondage SFAR-BVA juin 2010). L'une des conclusions des EGAR qui se sont tenus en 2010 a été que l'anesthésie doit rester une spécialité de la médecine périopératoire même si des considérations démographiques et budgétaires tendraient à rapatrier les anesthésistes vers les blocs opératoires.

Toutefois les contraintes démographiques impliquent une meilleure organisation des ressources. Ainsi, l'implication de l'anesthésiste dans la période postopératoire doit obéir à ces règles qui sont définies (CNOM relations chir-anesth 2001). Actuellement, les centres en déficit de personnels ont tendance à attendre des professionnels et en particulier des médecins, des horaires extensibles, des tâches nombreuses et non planifiées, des demandes urgentes émanant souvent des paramédicaux. Ces demandes entrent dans le cadre de travaux non programmés et aggravent le sentiment d'insécurité au travail. Il s'agit alors de clarifier les attributions de chacun dans des protocoles écrits de prise en charge élaborés en commun. Il faut laisser leur place à des évolutions toujours nécessaires, décidées en concertation et permettant que le patient bénéficie en permanence d'une référence médicale durant son séjour. Sans doute faut-il voir là, une extension souhaitable de la notion d'équipe qui ne peut aujourd'hui se limiter à la spécialité d'anesthésie-réanimation ni même au seul corps médical.

Enfin, la possibilité de participer à une formation continue (congrès nationaux, cours européens, laboratoires de simulation, etc.) ou à une activité de recherche,

sans que cela n'impacte l'activité des autres MAR ni l'organisation institutionnelle, est importante. Elle représente une valorisation propice au sentiment d'accomplissement personnel, qui tient, on le sait, le burnout à distance.

12. L'importance de l'autonomie au travail

Tous les travaux sur le burnout montrent que l'autonomie, l'influence au travail, l'emprise sur les décisions les concernant constituent une dimension cruciale du bien être du MAR au travail. L'inverse est déstructurant, aliénant. L'autonomie nécessaire du professionnel ne peut se concevoir que dans le cadre de démarches formalisées par et dans l'équipe qui devient alors l'espace d'une coopération efficace, garante de la sécurité de l'anesthésiste et du patient. Cela suppose de la part des chefs d'équipe qu'ils accordent aux membres de leur équipe une place pour la concertation et une confiance manifestée par la parole et dans les actes.

13. L'irremplaçable témoignage de reconnaissance

La reconnaissance influe la perception que chacun a de son travail et représente un facteur qui compte dans la perception d'une qualité de vie au travail. L'ingéniosité et les efforts consentis pour faire face, non seulement aux difficultés, mais plus souvent au réel du travail, c'est à dire aux imprévus exigeant des adaptations, lesquels ne sont pas rares dans notre métier, doivent être reconnus comme une contribution à part entière au travail. L'organisation permet à ces efforts et à cette ingéniosité de se déployer. Le management doit donner une chance à chacun de trouver sa place pour donner un sens à son travail.

Favoriser la reconnaissance du travail « réel » du MAR, entre ce qu'il lui est prescrit de faire et la mesure du résultat de son investissement, apparaît dès lors comme une absolue nécessité. Le collectif de travail trouve ici toute son importance. C'est lui qui confère le fameux « jugement de beauté » qui porte sur la manière de faire (de bien faire) le travail, selon les règles qui ne peuvent être effectivement

reconnues que par les pairs. Ce jugement ne peut se porter que dans des collectifs qui fonctionnent, là où les échanges sont possibles sur le bel ouvrage, en ce que les qualités mises en œuvre pour le réaliser ont été bien déployées. Ainsi peut-on entendre qu'il aura été fait « une belle anesthésie » ou « une belle opération » par un collègue chez qui l'on reconnaît alors les qualités que le groupe entend soutenir pour s'y retrouver. On est ici bien loin d'une conception élitiste du travail qui pourrait se satisfaire exclusivement d'une prime au mérite, mais bien plutôt, dans une forme aboutie de compagnonnage et de métier.

Le « bien faire » son travail doit être remarqué par la hiérarchie, bien au-delà de la seule production d'actes tracés tarifants, qui semblent être aujourd'hui devenus la seule mesure du travail. S'il faut admettre une part de gratuité qui ne se mesure pas, un certain nombre de contingences matérielles font néanmoins aussi partie intégrante de cette reconnaissance : revenus, promotion pour des missions internes ou externes qui contribuent à la qualité de vie ... par le travail.

14. Le rôle de la médecine du travail

Là encore, c'est toute une révolution qu'il faut effectuer dans la culture ambiante tant le déni tient toujours bon. Les personnels soignants et les MAR en particulier, devraient être évalués chaque année, au pire tous les deux ans, comme le sont les pilotes de ligne, vis-à-vis des risques spécifiques d'épuisement professionnel, de harcèlement, consommations abusives, de toxicomanie, de troubles anxio-dépressifs. Le Maslach-Burnout-Inventory est aussi un outil simple d'utilisation pour dépister le burnout. Cette surveillance qui pourrait être un garde-fou obligatoire permettrait une prévention de ces pathologies qui s'installent souvent en plusieurs années, de même que les pathologies cardiovasculaires, digestives ou métaboliques.

L'âge des praticiens est également à prendre en compte. Il semble d'ailleurs avoir un impact sur le risque d'accident avec conséquences médico-légales qui apparaît multiplié par un facteur 1,5 au-delà de 65 ans [47]. Les causes de ces

constatations restent imprécises, mais l'encadrement des plus âgés qui poursuivent une carrière de permanent ou de remplaçant devrait être intégré dans la stratégie de management des personnels. Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que la qualité de vie après le travail (retraite) se prépare pendant le travail. Sans aucun doute, un arrêt plus progressif de l'activité serait-il souhaitable.

15. La place des compétences « non professionnelles »

Si l'autonomie, la reconnaissance, la gestion de la pression de productivité jouent un rôle primordial dans le développement du burnout, on sait que la structure de la personnalité est également un facteur de risque. Une des voies qui n'est pas du tout développée en France est représentée par les stratégies de management du stress dites stratégies de « coping », qui permettent d'apprendre à l'individu à faire face aux situations qu'il endure. Dans ce domaine, l'éducation des chefs d'équipe et des managers reste à inventer. Les managers, qui jouent un rôle fondamental dans la dynamique d'équipe, ne sont souvent pas formés pour affronter les tâches de direction et de relations humaines qui vont être les leurs. Les organisations devraient enseigner ou faire enseigner ces compétences non médicales que sont le management des ressources humaines, la communication, la prise de décision et surtout le métier de chef d'équipe, qui est avant tout un travail d'écoute des autres.

16. Equilibrer le rapport vie professionnelle/ vie familiale

Le PAMQ, Programme d'Aide aux Médecins du Québec [48], rappelle qu'il est fondamental pour la santé psychologique de savoir limiter son investissement professionnel. Le MAR doit s'accorder la liberté de prendre soin de lui-même et des siens. Il doit respecter sa chronobiologie avec ses cycles de veille-sommeil. Une programmation opératoire raisonnée, des conditions d'organisation autorisant une vie de famille épanouie, pour les hommes comme pour les femmes et les mères de

famille, sont les premiers garants d'une qualité de vie au travail permettant de faire face.

L'équilibre entre la vie personnelle et la vie familiale est l'un des enjeux majeurs. La charge émotionnelle et la fatigue générée par la privation de sommeil sont de grands facteurs de stress qui impactent l'individu, mais aussi ses rapports sociaux à l'extérieur de l'hôpital, et en particulier sa vie familiale. Là encore, les espaces de discussion, formels ou informels, sont des lieux de résolution des tensions propres à chaque praticien. On sait enfin que le fait d'être parent d'une famille monoparentale est un facteur de risque de burnout. Il appartient à la hiérarchie de prendre en compte les difficultés qui peuvent survenir dans toute existence à un moment ou à un autre, et qui peuvent nécessiter des ajustements transitoires du rythme de travail.

Mais le plus important est sans nul doute de renforcer la capacité de l'anesthésiste à savoir et pouvoir dire NON. Comme notre spécialité a su dire NON à la mortalité anesthésique qui a été longtemps vécue comme une fatalité : NON à la prise de risques non évalués, NON à la désorganisation et à la sujétion...

17. Conclusion

Choisir pour métier de soustraire les patients à la douleur chirurgicale ou de les réanimer n'est pas un choix banal. Nous l'assumons tous les jours, et souvent la nuit, au point d'y donner un peu ou beaucoup de notre vie personnelle et parfois, de notre santé. Dans un contexte démographique qui va se détériorer encore avec moins 20 % d'anesthésistes réanimateurs d'ici 2020, l'évolution actuelle vers plus de qualité et plus de sécurité, nécessite une implication professionnelle forte mais raisonnée. Face à ces exigences, la qualité de vie au travail ne relève pas du luxe ou de l'utopie mais de la nécessité. Quel que soit le secteur d'activité, public ou libéral, la qualité de vie au travail ne peut pas être donnée. Elle se gagne, comme a été gagnée la sécurité anesthésique pour nos patients. Pour eux, la profession a su faire preuve d'une sage et opiniâtre vigilance en regardant ses manques, en imposant les nécessités du beau travail, puis en mettant en œuvre des moyens pour parvenir à y

satisfaisant. Il lui aura fallu s'affranchir d'habitudes et de croyances dépassées en s'opposant aux archaïsmes... Nul ne peut alors douter que notre spécialité sera aussi lucide pour elle-même, en se donnant les moyens d'améliorer la qualité de vie au travail de ceux qui font le choix de l'anesthésie réanimation.

18. Bibliographie

- [1] Merat S, Merat F. Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie. *Ann Fr Anesth Réanim* 2008 ; 27; 1 : 63-73
- [2] Rama-Maceiras P, Parente S, Kranke P. Job satisfaction, stress and burnout in anaesthesia: relevant topics for anaesthesiologists and healthcare managers ? *Eur J Anaesthesiol* 2012 Apr 2 (sous presse)
- [3] Estryn-Behar M. *Risques professionnels et santé des médecins*. Paris : Collection Abrégés-Masson; 2002
- [4] World Federation of Societies of Anesthesiologists : « Professional Wellbeing Working Party Comitee » : <http://anaesthesiologists.org/fr/reports/professional-wellbeing-working-party.html>
- [5] Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs <http://www.cfar.org/SMART/SMART.html>
- [6] Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs- Elargi ; <http://www.snphar.com/01-EVeille/VeilleSynd.aspx>
- [7] Perbet S, Eisenmann N, Constantin JM, Colomb S, Soummer A, Jaber S et al. Evaluation des motivations de choix et de leur cursus d'apprentissage par les internes d'anesthésie réanimation : enquête nationale. *Ann Fr Anesth Réanim* 2010 ; 29 : 93-103
- [8] Pontone S, Brouard N. La démographie des anesthésistes réanimateurs à l'horizon 2020 *Ann Fr Anesth Réanim* 2010 ; 29 : 862-7
- [9] Mion G, Ricouard S. Repos de sécurité: quels enjeux ? *Ann Fr Anesth Réanim* 2007 ; 26, 638-48
- [10] Mas B, Pierru F, Torrielli R, Smolski N. *L'hôpital en réanimation*. Collection Savoir/ Agir ; Editions du Croquant, 366 p ; 2011
- [11] Heponiemi T, Kuusio H, Sinervo T, Elovainio M. Job attitudes and well-being among public vs. private physicians: organizational justice and job control as mediators. *Eur J Public Health*. 2011 ; 21 : 520-5
- [12] Site SFAR www.sfar.org
- [13] Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006 ; 105 : 1087-97
- [14] Sondage SFAR-BVA juin 2010 ; l'anesthésie vue par les Français. <http://www.sfar.org/article/428/sondage-bva-sfar-de-juin-2010>
- [15] Larsson J, Rosenqvist U, Holmström I. Enjoying work or burdened by it ? How anaesthetists experience and handle difficulties at work: a qualitative study. *Br J Anaesth* 2007 ; 99 : 493-9.
- [16] Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009 ; 53 : 143-51
- [17] Estryn-Behar M et al. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins, résultats de l'enquête SESMAT. *Concours Médical* 2009 ; 131 : 22-5

- [18] Kam PCA. Occupational stress in anaesthesia. *Anaesth Intensive Care* 1997 ; 25 : 686-690.
- [19] Karasek RA. Job demands, job decisions latitude and mental strain: implications for job redesign, *Administrative Science Quarterly* 1979 ; 24 : 285-308
- [20] Karasek RA, Theorell T. *Healthy Work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books ; 1990. 400 p
- [21] Siegrist J. Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *J. Occup. Health Psychol* 1996 ; 1 : 27-43
- [22] Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health* 1988 ; 78 : 1336-42
- [23] Kinzl JF. Influence of working conditions on job satisfaction in anaesthetists *Br J Anaesth* 2005 ; 94 : 211-5
- [24] Dualé C. Mobiliser les acteurs jusqu'où ? Le syndrome d'épuisement professionnel au bloc opératoire. *Risques & Qualité en milieu de soins* 2005 ; II, n°2 – Juin
- [25] Doppia M-A, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Réanim* 2011 ; 30 : 782-94
- [26] Libert N, Mion G, Doppia MA, Journois D. Facteurs relationnels en lien avec le burnout. SFAR 2010. Abstract
- [27] Mion G, Libert N, Petitjeans F, Journois D. Le burnout en Anesthésie-Réanimation. In : Puybasset L, eds *Enjeux éthiques en réanimation*. Springer-Verlag ; 2010. p201-7
- [28] Baubeau D, Naiditch M, Cases C, Carlet J, Lombrail P. Culture des organisations hospitalières, mode de relations de travail et qualité des soins, DREES, dossiers solidarité et santé, éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers, N°2, la Documentation française ; avril-juin 2001
- [29] Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. It's time to be proactive about stress—and prevent it. *BMJ* 2003 ; 326 : 670-1
- [30] Michel Ph et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. DREES. Etudes et résultats. N° 398, mai 2005
- [31] Anact – Liaisons sociales- France Info : les salariés et la qualité de vie au travail. Sondage. Mars 2004
- [32] Atwater A. Evaluation and development of potentially better practices for staffing in neonatal intensive care units. *Pediatrics* 2006 ; 118 : S134-40
- [33] Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Prat Organ Soins* 2009 ; 40 : 39-48
- [34] Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005 ; 62 : 105-12
- [35] Vincent Ch. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003 ; 348 : 1051-6
- [36] Circulaire DGS-SP1-SQ/DH-EO-AF2 n°99-627 du 16 novembre 1999, Circulaire DH/FH n°2000-264 du 19 mai 2000, relatives à la mise en place des conseils de bloc opératoire.
- [37] Johnson J. The increased incidence of anesthetic adverse events in late afternoon surgeries *AORN Journal* 2008 ; 88 : 79-87
- [38] Wright, M et al. Time of day effects on the incidence of anesthetic adverse events *Qual Saf Health Care* 2006 ; 15 : 258-63
- [39] Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M et al. Survey of anesthesia related mortality in France. *Anesthesiology* 2006 ; 105 : 1087-97

- [40] Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009 ; 53 : 143-51
- [41] Moorthy K, Muntz Y, Adams S, Pandey V, Darzi A. A human factors analysis of technical and team skills among surgical trainees during procedural simulations in a simulated operating theatre. *Ann Surg* 2005 ; 242 : 631-9
- [42] Lieutaud T, Abstract SFAR 2012, soumis, communication personnelle
- [43] Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG et al. Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *M. Psychol Med* 2011 ; 18 : 1-10
- [44] Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG et al. Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J* 2010 ; 31 : 1737-44
- [45] Willoughby L, Morgan R. Neuroanaesthetists' experience of workload-related issues and long-duration cases *Anaesthesia*, 2005 ; 60 : 151-4
- [46] Clot Y. Le travail à cœur ; pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte ; 2010. 190 p
- [47] Tessler M, Shrier I, Russell J. Association between anesthesiologist age and litigation *Anesthesiology* 2012 ; 116 : 574-9
- [48] www.pamg.org

Tableau I

*Corrélations retrouvées entre les conditions de travail et la satisfaction professionnelle chez 125 anesthésistes.
D'après Kinzl et al, BJA, 2005)*

Characteristics	Job satisfaction	
	Correlation r	Significance P
Complexity of work	0.023	0.800
Variability of work	0.044	0.625
Influence on handling task	0.315	0.001
Time control	0.278	0.002
Participation	0.378	0.001
Scope of cooperation	0.173	0.054
Concentration demands	0.011	0.903
Time pressure	-0.120	0.181
Work interruptions	0.030	0.736

[Retour au texte](#)

Tableau II

Modèle d'impact de l'organisation sur la sécurité des soins d'après Charles Vincent (2003)

Niveaux	Facteurs
Institution	<ul style="list-style-type: none">• Régulation• Environnement médico-légal
Organisation et management	<ul style="list-style-type: none">• Ressources et contraintes financières• Politique et buts• Culture de la sécurité
Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none">• Densité et qualification du personnel• Charge de travail et planning• Equipement (disponibilité, maintenance)• Support administratif et logistique
Equipe	<ul style="list-style-type: none">• Communication verbale et écrite• Supervision, propension à chercher de l'aide• Animation d'équipe

[Retour au texte](#)

Tableau III

Les conditions organisationnelles pour la satisfaction professionnelles en anesthésie (d'après Baubeau D et al. Culture des organisations hospitalières, mode de relations de travail et qualité des soins, DREES, 2001)

	Satisfaction au travail	
Poste	Organisation	Environnement
<ul style="list-style-type: none">- Évolution professionnelle- Rémunération- Autonomie- Créativité- Vie professionnelle /vie personnelle	<ul style="list-style-type: none">• Moyens disponibles (matériels et humains)• Clarification du rôle dans l'équipe (secteur anesth.)• Organisation sécuritaire des soins• Transmission des informations• (dossier d'anesthésie, prescriptions postop, protocoles de prise en charge)• Ambiance du service d'AR• Ambiance du bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none">• Informations reçues sur la politique adoptée par l'établissement• Positionnement de l'établissement dans le territoire• Conjoncture financière• Concurrence public/privé

[Retour au texte](#)

Tableau IV

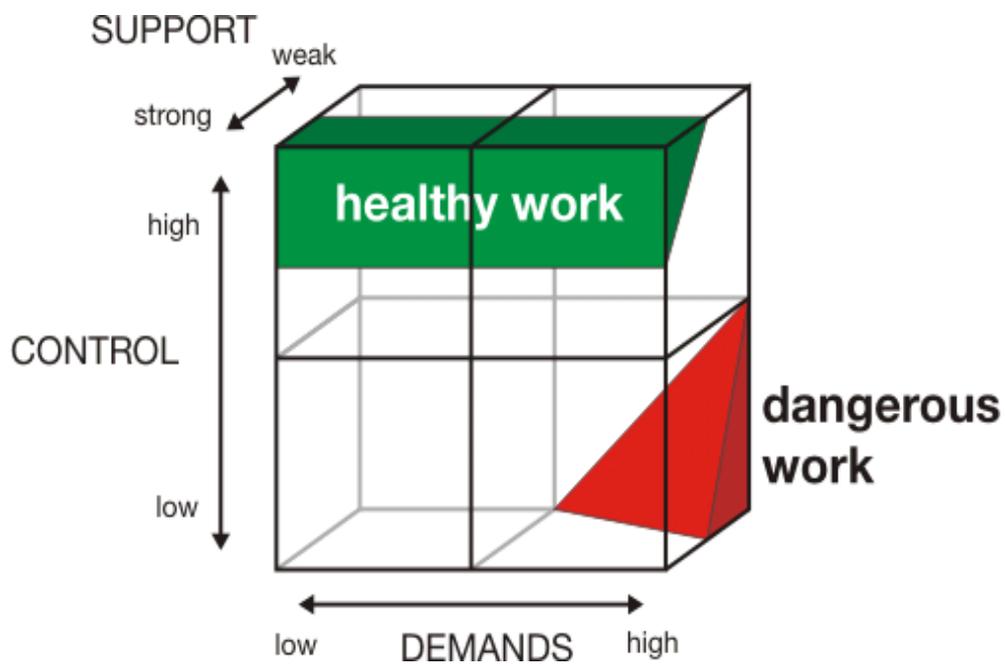
Caractéristiques d'une équipe efficace

- conserver les connaissances transmises grâce à la continuité du personnel et au partage de l'information;
- renforcer l'autonomie et le sentiment de satisfaction des membres qui travaillent dans l'équipe;
- établir les relations de confiance en assurant un partage des connaissances et une compréhension mutuelle;
- atteindre ses objectifs parce que les membres travaillent en coopération;
- tenir les membres de l'équipe responsables les uns des autres;
- conjuguer les talents de nombreuses personnes, de sorte que le résultat atteint par l'équipe sera supérieur à la somme des résultats qu'auraient atteints individuellement les membres de l'équipe;
- créer un milieu où l'apport de chaque personne est valorisé, quel que soit son niveau;
- développer de nouvelles connaissances grâce au travail et à l'apprentissage en commun;
- instaurer un climat encourageant l'innovation et où les membres écoutent les points de vue différents;
- obtenir des résultats tout en maintenant ou réduisant les ressources nécessaires pour faire le travail;
- instaurer une culture pour améliorer les services et atteindre les objectifs grâce à des solutions innovantes;
- renforcer le sentiment de sécurité des personnes, de l'équipe et des organisations.

[Retour au texte](#)

Figure 1

Modèle de Karasek et soutien social : l'association demande élevée, faible contrôle et absence de soutien social au travail constitue la situation la plus dangereuse au travail



[Retour au texte](#)