

# L'anesthésie-réanimation : un risque spécifique pour les praticiens ou pourquoi et comment s'intéresser à la santé et au travail des anesthésistes ?

M.-A. DOPPIA

En France, depuis quelques années, alors que l'âge moyen a augmenté dans notre profession, un sentiment de malaise est de plus en plus perceptible chez les médecins anesthésistes-réanimateurs. Sans qu'ils soient objectivement atteints d'une affection, ni même simplement qu'ils la ressentent, un plus grand nombre d'entre eux expriment néanmoins, au travers de plaintes variées, des difficultés à vivre leurs conditions d'exercice. Certains conçoivent alors discrètement une reconversion vers une activité qu'ils espèrent moins stressante. Il n'est plus rare d'apprendre par la rumeur ou la confidence qu'un collègue suit un traitement cardiotrope, psychotrope, ou bien qu'il est placé en arrêt de travail pour maladie invalidante. Ailleurs, on fait état plus ouvertement qu'auparavant de conduites addictives. Quand ça n'est pas une disparition brutale qui afflige un service.

La revue de la littérature parue sur le sujet "morbidité" en rapport avec le stress du métier conduit à constater que, jusqu'à présent, peu d'articles ont été publiés dans la littérature française, comparativement aux pays anglo-saxons. L'analyse des situations de travail et de leurs répercussions sur l'efficacité professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, mais aussi la vie personnelle des praticiens, s'y est opérée de manière plus systématique. L'aboutissement de ces recherches a été la mise en œuvre de programmes de prévention institutionnalisés, y compris pour les étudiants. Peut-être nous faudra-t-il aussi bientôt admettre culturellement l'établissement de programmes d'aide aux

---

*Correspondance* : Département Anesthésie ORL, CHU de la Côte de Nacre, avenue de la Côte de Nacre, 14033 Caen Cedex, France.

médecins en France, comme cela existe dans d'autres pays modernes, et notamment au Canada [1]. Mais également apprendre à reconsidérer notre organisation au travail et toutes ses implications. En France, la profession commence à s'interroger sur les troubles addictifs et brise ainsi un tabou culturel [2].

## Le point sur la mortalité

Un article paru en 1997 dans un grand quotidien national français [3] sous le titre "Pour vivre vieux, ne soyez pas anesthésiste !" pouvait donner à réfléchir à tout candidat se destinant à la carrière d'anesthésiste. Son auteur faisait référence à un article du *BMJ* de 1996 à propos d'une étude menée par Wright [4] qui, d'après la rubrique nécrologique du même *BMJ*, affirmait que l'âge moyen du décès des anesthésistes en Grande-Bretagne était de 66,4 ans *versus* 75 pour les autres praticiens. A l'époque, cette étude a soulevé un débat polémique outre-Manche, tant du point de vue de nos collègues que de celui des statisticiens qui ont rapidement pointé les biais de l'analyse. Pourtant, cette question n'avait pas émergé par hasard car plusieurs études avaient déjà paru sur ce sujet.

En effet, déjà en 1979, Lew [5] publiait les résultats d'un travail d'envergure mené auprès de tous les membres de l'ASA durant la période 1954-1976. S'il concluait que 57 % des décès des anesthésistes étaient dus à des causes cardio-vasculaires, il faisait également apparaître un taux de suicide plus élevé, particulièrement avant l'âge de 55 ans. Il observait cependant, chez les femmes anesthésistes, un taux de décès équivalent à 75-85 % du SMR (Standard Mortality Ratio) pour l'ensemble des femmes médecins aux États-Unis. Dix ans plus tard, en 1987, dans une série anglaise parue dans le *BMJ*, Ha [6] rapportait lui aussi un SMR/suicide des anesthésistes à 202 par rapport à la population générale, mais qui s'établissait à 114 relativement à l'ensemble du corps médical. En 1997, l'étude de L. Carpenter [7], à partir d'une cohorte de 20 000 médecins hospitaliers du NHS, montrait que si les médecins mouraient généralement plus âgés que leurs concitoyens, certains éléments se trouvaient confirmés : un taux de suicide plus important, particulièrement chez les femmes et, pour les anesthésistes mâles, un taux de cirrhose plus élevé.

Très récemment encore, Bruce et Alexander (*Anesthesiology*, 2000) révèlent un taux de suicide plus élevé chez les anesthésistes, particulièrement chez les femmes, comparativement aux internistes. On doit toutefois remarquer que le groupe témoin retenu pour cette étude est constitué d'internistes et non de chirurgiens qui partagent pourtant l'espace opératoire et la charge du patient avec les anesthésistes. Fait troublant, les décès en situation extra professionnelle apparaissent plus élevés chez ces derniers (accidents cyclistes, bateau, chutes, avion, etc.), ce qui mériterait d'être élucidé.

En France, il est aujourd'hui impossible de disposer des moindres chiffres sur ce sujet, probablement parce que l'accès à ces données n'est pas aussi aisé qu'aux États-Unis.

## Les âges et les causes des départs en retraite des anesthésistes

Une approche de l'état de santé ou, plutôt, de sa perception par les intéressés, pouvait déjà s'opérer il y a vingt ans au travers de l'analyse des âges et des causes des départs en retraite des anesthésistes.

Ainsi, dès 1980, dans *Anaesthesia*, Smith [8] montrait que 40 % des anesthésistes actifs sondés dans le Yorkshire envisageaient une retraite avant l'âge de 61 ans et que 70 à 80 % des retraités se retiraient effectivement avant l'âge de 65 ans. Le plus souvent, les arguments invoqués par ces retraités précoces étaient des raisons financières ou familiales, la charge de travail et la perte d'adaptation, le stress, les risques pressentis pour la santé, la revendication d'autres investissements personnels et, en définitive, l'espoir d'une plus grande longévité en s'arrêtant prématurément. En 1987, dans une étude célèbre, Mc Namee [9] analyse lui aussi la morbidité et le départ anticipé à la retraite chez les deux tiers des médecins hospitaliers du NHS inscrits dans cinq spécialités de 1966 à 1983. De la même manière, il constate des départs pour cause de maladie deux fois plus élevés chez les anesthésistes et il rapporte de surcroît qu'en Grande-Bretagne, les départs volontaires entre 60 et 64 ans sans cause médicale reconnue étaient, à l'époque, un tiers plus élevés en anesthésie. Il remarque enfin que les décès masculins et féminins en période d'activité étaient significativement plus fréquents que dans d'autres spécialités.

Vingt ans plus tard, ces craintes sont-elles justifiées en France et représentent-elles sur une réalité ? A cet égard, l'enquête conjointe réalisée fin 1998 par la SFAR, le CFAR et l'INED permet une approche intéressante des conditions de travail et de leur vécu par les MAR. Si 94 % d'entre eux y ont déclaré une activité de garde, soit résidente, soit par astreinte, l'arrêt de la prise de garde est souhaité vers l'âge médian de 54-55 ans par plus de 60 % des anesthésistes qui ont répondu à cette question précise. Dans cette même enquête nationale, on apprend que si seuls 66 % se sont effectivement prononcés sur les aménagements qu'ils envisagent pour la suite de leur carrière [10], c'est plus de 50 % des répondants qui ont envisagé un départ avant ou à l'âge de 60 ans. Enfin, à la question portant sur la perspective d'une modification de leur activité, ce sont alors 61,46 % qui la conçoivent, dont 45 % en faveur du mi-temps. Il semble donc que les anesthésistes français expriment là une forte préoccupation qui doit être analysée en terme de satisfaction au travail, au-delà de l'approche purement démographique.

## Les risques toxiques des halogènes

Si les avancées pharmaceutiques et technologiques continues ces dernières années ont permis de réduire sensiblement les expositions chroniques élevées pour les personnels, on ne peut oublier l'hépatite immuno-allergique à l'halothane dont les risques ont largement été démontrés et, hélas, parfois dramatiquement vécus par les personnels de salle d'opération. De nombreuses études sont parues sur les risques d'avortements spontanés, d'anomalies

congénitales et d'hypotrophie chez les enfants de femmes travaillant régulièrement au bloc opératoire [11, 12].

En 1978, Vessey [13], dans une revue de la littérature épidémiologique, et, en 1985, Tannenbaum [14] concluent tous deux à des arguments convaincants de risques modérés d'avortements spontanés chez les femmes exposées. Mais ils rapportent des biais méthodologiques fréquents leur permettant de dire que le stress physique et psychologique chronique semblerait plus volontiers en cause que la seule exposition aux vapeurs anesthésiques. De nouvelles études sur le long-terme ne manqueront pas quant aux nouvelles molécules apparues dans les années quatre-vingt-dix dont l'usage obéit heureusement à présent à des règles plus sécuritaires pour le personnel potentiellement exposé.

## Des risques viraux insuffisamment pris en compte

Si le risque est réel, comme le confirme la plus récente publication de Bruce et Alexander [15], les procédures pour y faire face sont aujourd'hui parfaitement codifiées et diffusées. Outre certaines études antérieures qui montraient déjà une prévalence de l'infection par le VHB chez certains groupes comme les résidents, en particulier aux États-Unis, il est remarquable de constater le non-respect quasi général par les anesthésistes des moyens de prévention des risques viraux. Ceci est vrai tant dans des études américaines qu'australiennes [16, 17]. Alors, comment faut-il comprendre cette négligence ? Un manque de conscience ? Une surestimation individuelle et un déni inconscient du risque ? Nous verrons plus loin la part qu'il convient de faire à cette dernière hypothèse, même chez des esprits censés être aussi rationnels que ceux de nos collègues, rappelons-le, parfaitement avertis.

## Quid des plaintes exprimées ?

“La santé, c'est l'harmonie dans le fonctionnement silencieux des organes” : ainsi s'exprimait Leriche. Il n'est alors pas difficile de faire rapidement le recensement des plaintes le plus souvent exprimées. Il suffit de tendre l'oreille dans les blocs opératoires vers 14 heures, en fin d'après-midi, et même de plus en plus fréquemment dès le matin. Certes, si ces plaintes ne permettent pas d'affirmer, *stricto sensu*, une ou des pathologies précises, elles témoignent néanmoins de sensations individuelles pénibles qui peuvent parfois précéder d'authentiques maladies. Delogu [18] a bien montré en 1987 que les habitudes de vie des anesthésistes étaient significativement corrélées avec les troubles rencontrés ; il en est ainsi des gastrites (42 %), des arythmies par extrasystolie (32 %), des états anxieux (50 %), des céphalées (32 %), des arthralgies diffuses (22 %). Plus intéressant est le fait que, dans cette étude, une leucopénie inférieure à 4 000 est retrouvée de manière significative ( $p < 0,01$ ). Un sentiment de fatigue habituel ou fréquent est affirmé par au moins 50 % des médecins interrogés. De même, 54 % avouent ressentir des troubles à type d'irritabilité, des troubles de la mémoire (27 %), des troubles du sommeil (30 %). Des états dépressifs sont remarqués par 22,5 % et des troubles menstruels seraient retrouvés chez 45 % des femmes. En 1991, dans son travail mené auprès de 165 anesthésistes

siciliens, Duscio [19] retrouve sensiblement les mêmes états et note que les troubles hypertensifs, arythmiques, articulaires ainsi que les troubles du sommeil augmentent régulièrement avec la charge anxieuse des anesthésistes. Son travail recoupe l'ensemble des études italiennes sur le sujet.

## Les risques addictifs

S'il est un non-dit, c'est bien celui des troubles addictifs. De par leur culture, les pays latins n'abordent pas volontiers ce sujet tant il est entaché d'une image de dégradation sociale et professionnelle particulièrement difficile à surmonter. Le milieu médical est, chez nous, rétif à toute approche pragmatique et l'on s'efforce encore aujourd'hui de "ne pas voir ce qui ne peut pas être montré". Surtout lorsque la seule voie d'approche au plan institutionnel est celle de l'insuffisance professionnelle. Est-il néanmoins possible qu'existe, particulièrement ici, une exception pour les anesthésistes français alors que des rapports officiels montrent et stigmatisent par ailleurs la très forte consommation de psychotropes dans l'ensemble de la population de notre pays en la plaçant au premier rang dans le monde ? Au point qu'on ait dû procéder à des campagnes de sensibilisation du corps médical pour les patients ? Ailleurs, et particulièrement outre-Atlantique, de nombreux travaux ont porté sur cette délicate question. Ainsi, en 1987, Talbot [20] remarque que, sur 1 000 médecins arrêtés pour motif médical et inclus dans un programme de traitement et réhabilitation professionnelle, 92 % sont chimiquement dépendants et 5,9 % présentent une atteinte psychiatrique majeure. Dans ce groupe, les anesthésistes sont significativement sur-représentés, de même que les généralistes. En 1993, une autre étude australienne affirme que 1,3 % des résidents anesthésiologistes présentent une conduite d'addiction aux drogues. La même année, dans un travail rétrospectif sur trente ans, Lutsky [21] conclut que 15,8 % des anesthésistes du Wisconsin Médical Collège se reconnaissent dépendants de substances psycho-actives ainsi réparties : alcool (91,6 %), marijuana (30,8 %) et cocaïne (9,4 %). Six % d'entre eux ont reconnu un usage quotidien pendant au moins deux semaines ou plus. L'année suivante, en 1994, le même auteur relativise pourtant le phénomène dans une autre enquête qui rapporte que 32,1 % des sujets addictifs présentent une histoire familiale d'intempérance aux drogues *versus* 11,7 % dans le groupe témoin. L'abus de drogues semble certainement relever d'une pathologie complexe aux étiologies diverses dont des facteurs génétiques prédisposants. On a pu incriminer l'absence d'information spécifique délivrée lors des études médicales. Mais aussi que l'usage possible, durant la vie universitaire, pouvait ultérieurement conduire des praticiens en situation de stress à un recours à visée anxiolytique, lequel se trouve facilité par un accès plus aisé des anesthésistes à ces substances banalisées par leur pratique quotidienne. Leur nature est intéressante à souligner : amphétamines (32,6 %), benzodiazépine (25 %), en dehors des drogues stupéfiantes ou de l'alcool.

Comment, en France, une profession bien connue pour avoir un rythme de vie décalé, avec ses conséquences certaines sur la physiologie du sommeil et le niveau de stress, saurait-elle faire acte d'une telle résistance à la tentation de ces formes "d'automédication" ? L'étude annoncée par Czernichow et Bonnet

sur la toxicomanie en milieu anesthésique devrait apporter des données inédites en France et permettre de faire le point sur cette question.

## Un profil de personnalité particulier chez les anesthésistes ?

Il y a probablement un intérêt à considérer cet aspect en complément des plaintes ressenties ou des pathologies avérées. En effet, la question peut se poser de savoir si choisir une telle spécialité ne sous-tend pas *a priori* un profil particulier. Ne peut-on pas envisager ici la recherche et la mise en œuvre de mécanismes de dépendance vis-à-vis des catécholamines comme cela a été démontré dans d'autres secteurs professionnels (artistes de scène, personnalités publiques, décideurs) dont on sait la quête de situations d'exposition au stress ? Des arguments plaideraient pour cette hypothèse : l'objet même du métier et la nature des problématiques qu'il fait rencontrer, la place qui est celle de l'anesthésiste-réanimateur dans la maîtrise quotidienne de situations si particulières, la douleur, la mort et son approche réelle ou symbolique par la mise d'autrui "hors du temps", la suppléance ou le contrôle des fonctions "vitales" en urgence, la gestion des relations chirurgien-anesthésiste, couple professionnel "e raison" et, enfin, l'évolution récente des rapports des deux disciplines vers une recherche identitaire de l'anesthésiste et une reconnaissance réelle, indemne de toute sujétion, etc. Bien peu de lieux ont permis une réflexion qui serait intéressante sur ces aspects très spécifiques du métier de l'anesthésiste.

En 1980, Reeve, du Département de Psychologie appliquée de l'Université de Cardiff, a d'ailleurs analysé la personnalité d'un échantillon représentatif d'anesthésistes portant sur 231 médecins, soit 6,6 % des anesthésistes de Grande-Bretagne [22]. Il est noté une relation significative entre le profil de personnalité, le comportement et les performances professionnelles. Mais 20 % des anesthésistes testés ont montré, selon cette étude, "un profil de personnalité psychologiquement instable", voire à risque. D'après Reeve, les anesthésistes différencieraient significativement de la population générale par l'affirmation des traits de personnalité suivants : "plus réservés, intelligents, sérieux, autoritaires, consciencieux, tendres, affirmation de la personnalité au travail, mais socialement moins assurés". Alors, ces traits sont-ils préexistants ou bien se forgent-ils obligatoirement au cours de la vie professionnelle ? Le propos n'est pas sans intérêt, au point que certains auteurs, notamment anglo-saxons, ont préconisé d'inclure dans la sélection des résidents une recherche des critères d'instabilité psychologique. D'autres suggèrent, ou ont réalisé, la mise en place de programmes de soutien spécifique vers lesquels les anesthésistes se sont orientés de manière significative. Mais il n'est pas impossible de soulever l'hypothèse qu'une organisation du travail déficiente pourrait conduire certains praticiens, et particulièrement ceux qui sont les plus fragiles, vers le dépassement de leurs capacités d'adaptation et les conduire de manière insidieuse vers la spirale du syndrome d'épuisement professionnel avec toutes ses conséquences.

## Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout)

Si, récemment encore, le terme “burnout” était à peu près inconnu, le concept du syndrome d'épuisement professionnel (SEP) est à présent parfaitement admis. Il faut concevoir ici que l'usage plus fréquent de cette terminologie est bien la conséquence du constat de l'émergence de sa réalité. Cette dernière fait encore trop peu l'objet d'analyses poussées dans les établissements hospitaliers en ce qui concerne les anesthésistes, du moins en France [23]. Toutefois, les spécialistes des hôpitaux ne seraient pas les médecins les plus exposés au burnout [24]. En effet, en 1992, Olkinuora montre, qu'en Finlande du moins, les médecins spécialistes, y compris les libéraux, n'en sont pas plus victimes que les autres catégories de cadres dans la population générale. Les non-spécialistes auraient ce “privilège”. Il note que le SEP est corrélé à la charge de travail et à la charge éthique, ce qui semble aller de soi, mais aussi, et ce qui est ici particulièrement intéressant, avec la quête d'identité professionnelle, dimension essentielle dans le statut de notre encore jeune profession.

Décrit en 1974 par Freudenberger, le syndrome d'épuisement professionnel est une réponse à un stress émotionnel chronique. Il apparaît chez des sujets sans antécédent psychologique connu, après une longue phase d'évolution passant parfois totalement inaperçue, constituée de l'accumulation et de la sommation d'événements professionnels auxquels l'individu ne parvient plus à faire face. Il comporte trois dimensions, qui ne coexistent pas forcément.

- Un épuisement émotionnel à la fois physique et psychique : le soignant est saturé et devient incapable d'accueillir une émotion nouvelle. Il est envahi d'une fatigue importante inhabituelle qui ne s'améliore pas malgré le repos. Deux comportements s'observent : soit une explosion d'émotion sous forme de crises de larmes ou de colère, soit au contraire une impassibilité avec froideur qui fait penser à tort que le soignant assume et affronte les souffrances humaines sans ciller.

- Une déshumanisation de la relation d'aide : le praticien affiche un détachement et une sécheresse relationnelle proches du cynisme. Il utilise l'humour noir et grinçant. Pour se protéger, le soignant met le patient à distance et ce dernier est alors considéré comme une chose, “un cas”, un numéro, un organe, mais pas comme un être humain.

- Une baisse du sentiment d'accomplissement personnel sur le plan professionnel : le soignant se dévalorise, il culpabilise et se démotive devant l'échec de sa relation à l'autre. Il finit par s'absenter, ne supporte plus son travail et le fuit. En se désinvestissant de son travail, il l'effectue sans rigueur, accumulant les erreurs professionnelles, même les plus minimes. Après un absentéisme progressif et répété, il se résout à abandonner son travail en changeant d'orientation professionnelle ou en demandant sa mutation. D'autres soignants, au contraire, se surinvestissent dans l'activité professionnelle. Ils ne quittent plus le service, ils y traînent de façon illogique tout en étant improductifs mais en cherchant une reconnaissance illusoire dans ces conditions pathologiques dont ils n'ont parfois pas conscience.

# Le stress des anesthésistes : une réalité aux multiples facettes

## Les principales causes de stress chez les anesthésistes

Elles ont été rapportées dans l'enquête de Kam [25] en 1997. Le manque de contrôle arrive en tête (42 %), puis les responsabilités administratives (41 %), les conflits sphère professionnelle-sphère privée (35 %), les relations professionnelles (25 %) et la surcharge de travail (23 %). Les litiges médico-légaux sont allégués en fin de citation (2,8 %), battant en brèche les idées reçues qui circulent à ce sujet. Ces causes premières sont majorées par les perturbations du sommeil, l'extension des responsabilités et l'impossibilité d'organisation personnelle. C'est dans ces circonstances que les symptômes apparaissent et se précisent, allant des sensations de manque d'énergie aux états de frustration, d'indécision, d'attitudes négatives puis à la dépression et, insensiblement, vers les conduites addictives et parfois au suicide. Il est intéressant de remarquer à quel point Kam, dès 1997, stigmatise le réel manque de prise en compte du stress au travail chez les anesthésistes.

Alors qu'un niveau de stress modéré peut être bénéfique et stimulant, selon Kam, un stress élevé et chronique amène inéluctablement à une baisse des performances. Le médecin, et plus particulièrement l'anesthésiste, aurait tendance à se masquer ce constat, d'autant plus qu'interviennent progressivement au cours de la carrière des facteurs personnels tels que la situation financière, les dysharmonies familiales ou personnelles, le tout pouvant parfois amener à des situations de perte de contrôle et à des décompensations multifformes. Les mesures individuelles sont réputées à cet égard, toujours inefficaces.

## La fatigue et les risques d'erreur

L'anesthésiste, en mettant tout en œuvre pour l'éviter, connaît la hantise de l'erreur qu'il sait toujours possible. Il est aussi bien admis que ce métier impose depuis toujours des rythmes de travail qui aujourd'hui s'accroissent. Soit par le fait d'une augmentation notable du nombre d'actes, soit encore par la recherche d'une productivité accrue au sein des plateaux techniques dont le coût a explosé. Soit encore, et particulièrement en France, par une inégale répartition des ressources humaines dans le paysage hospitalier. Dans ce contexte, la fatigue de l'anesthésiste évoquée plus haut ne saurait pour autant constituer une excuse, tout au plus une explication. Elle reste la première cause des erreurs humaines en anesthésie. En 1990, Gravenstein [26] en rapporte la fréquence élevée puisqu'il retrouve le pourcentage de 65 %, constant pour tous les intervenants médecins, hommes ou femmes. L'anesthésiste est naturellement enclin à composer avec sa fatigue pour sortir d'une logique qui ne pourrait le conduire qu'à un vécu culpabilisant, redoublant alors d'autant le stress. Assez généralement, chez nous en effet, même si elles sont reconnues, et souvent sur un mode de culpabilité individuelle dominant, les erreurs, même les moins graves, ne sont pas assez prises en compte au sein des équipes de soins. En atteste le peu de possibilités ou d'incitation pour les anesthésistes de s'entraîner sur des simulateurs, d'ailleurs très rares chez nous. Le facteur humain paraît globalement sous-estimé au contraire de ce qui se passe dans un



autre domaine souvent proposé en comparaison, l'Aviation Civile. Ceci à l'inverse d'autres pays, aux Etats-Unis par exemple, où toutes ces expériences d'erreurs sont, par principe, listées dans l'institution afin d'améliorer la qualité et la sécurité des services, mais aussi pour éviter les procédures contentieuses ou judiciaires. Cette tendance à la judiciarisation de la médecine est à présent très nette et elle se précisera d'autant plus que se développeront les protocoles et l'édiction de nouvelles règles sécuritaires. En effet, si celles-ci sont souvent souhaitées par la profession, elles portent néanmoins intrinsèquement la menace de sanctions dans le cas de leur mauvaise observation. Ainsi peut-on mieux comprendre les motifs d'une insatisfaction professionnelle qui trouve son origine dans l'impossibilité de gérer des situations classiques de double contrainte.

### **Les risques de l'insatisfaction au travail**

Celle-ci est suggérée dès 1996 par Seeley [27] qui observe une diminution notable de la satisfaction au travail chez les anesthésistes britanniques. Plusieurs raisons sont retrouvées : une évolution de l'organisation des soins avec une tendance au productivisme industriel, mais aussi les bouleversements des techniques et de l'environnement dans lesquels sont aujourd'hui placés les anesthésistes. Les contraintes de risques instantanés sont accrues par la pression médico-légale qui, certes, s'applique à un nombre de plus en plus grand de spécialités, mais plus particulièrement aux anesthésistes. Reprenant les publications parues dans ce domaine (suicide plus fréquent chez les jeunes résidents et chez les moins de 55 ans, mortalité en activité et départs anticipés à la retraite -cf. supra-), il assure que les données rapportées dans ces études classiques concernant le taux de stress des anesthésistes sont aujourd'hui inadéquates et que de nouveaux travaux deviennent nécessaires.

### **Une capacité d'organisation insuffisante**

Le sentiment est que ces problèmes sont assurément en voie d'augmentation et, bien que la pression médico-légale et les évolutions technologiques soient partagées par d'autres spécialités, ce qui différencie spécifiquement les anesthésistes serait une incapacité notoire à organiser leur vie professionnelle et personnelle, une dépendance remarquable de l'environnement représenté par les disciplines clientes auxquelles ils sont confrontés plus que d'autres, en une position fréquente de prestation de service. Le tout réalise, outre des aspects ergonomiques souvent insuffisamment pris en compte, des facteurs de stress quotidiens permanents dans une position d'autonomie généralement insuffisante pour gérer au mieux une demande élevée. Le risque de voir apparaître des tensions psychologiques et des maladies physiques authentiques peut être schématisé selon le modèle désormais classique d'autonomie-dépendance développé par Karasek (*Fig. 1*). Seeley expose enfin que le suicide, l'abus de drogue et d'alcool, la décision de se retirer prématurément, le décès en période d'activité seraient des modalités de réponse individuelle à une problématique largement collective.

En dehors de ces réponses parfaitement reconnues pour être graves et alors prises en considération, des défaillances, même mineures, en liaison avec des conditions de stress mal géré peuvent mettre le patient en danger potentiel et

affecter inévitablement la vie privée et sociale du praticien anesthésiste. On peut ainsi mieux comprendre l'aspiration générale à certains aménagements de la vie professionnelle aujourd'hui largement portée par les jeunes générations d'anesthésistes. D'autant que, comme nous le verrons, la reconnaissance sociale actuellement perçue semble ne plus permettre de supporter ce qui l'était autrefois.

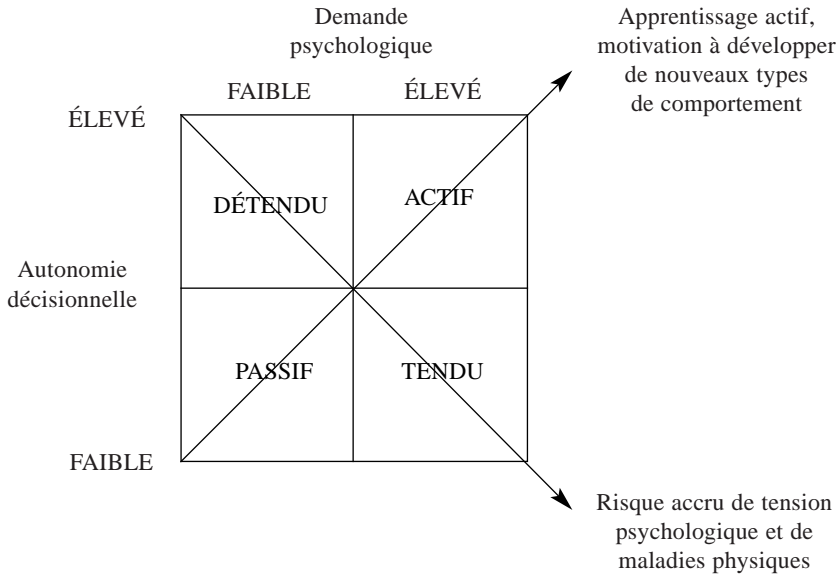


Fig. 1. - Autonomie dépendance Karasek.

## Une révolution dans l'organisation des soins

Comme on l'a vu, les pathologies rencontrées sont, le plus souvent, en rapport avec le stress et représentent une orientation productiviste industrielle des soins, réalisant une véritable révolution culturelle dans le paysage hospitalier, y compris dans le secteur libéral où les petites cliniques à caractère quasi familial disparaissent au profit d'établissements plus importants. Cette évolution s'est produite sans que les structures et la manière de penser leur fonctionnement n'aient suffisamment évolué avec eux, ni été totalement admises par les praticiens. Il en va ainsi des contraintes financières apparues ces dernières années, des changements intervenus dans la manière de considérer le médecin dans la cité, dans l'hôpital, ou dans un service, ou encore par l'Administration, le privant des bénéfices secondaires d'une reconnaissance sociale qui lui semblait autrefois plus tangible. Mais également par l'évolution très technique de l'Art médical où l'empirisme a cédé le pas aux protocoles.

Soulignons aussi le fait pourtant évident que l'anesthésiste, en dehors de la consultation pré-anesthésique et de la période postopératoire immédiate, est souvent présenté et vécu comme le seul praticien qui, aujourd'hui, n'ait de

contact avec son patient qu'au travers de la mise en place de capteurs de ses paramètres vitaux pour surveiller son acte. Il s'agit là d'une soustraction à la démarche clinique classique et à cette communication qui fondent traditionnellement dans l'imaginaire une relation médecin-malade accomplie. Ce facteur pourrait expliquer les évolutions de carrière relativement fréquentes vers les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur ou la médecine gériatrique qui peuvent ainsi devenir des réponses au besoin essentiel éprouvé par le médecin anesthésiste d'une relation duelle avec son patient.

Cette recherche apparaît plus compréhensible encore si l'on observe que l'organisation actuelle de notre profession nous oblige à avoir une relation médecin-patient fractionnée qui peut apparaître incomplète et frustrante. Ce n'est que trop rarement, en effet, que le même médecin assure, pour un même patient, la consultation pré-anesthésique, l'acte au bloc opératoire, le réveil en salle de surveillance post-interventionnelle et le prend en charge en post-opératoire, en réanimation ou en consultation pour la douleur. Même si l'on doit défendre l'idée de la médecine multidisciplinaire, et donc multi-praticienne, ce fractionnement de la relation et du contrat qui lie le médecin au patient paraît tout à fait spécifique à l'anesthésie-réanimation. Il ne peut que conduire à une relation plus technique encore au travers du monitoring, et donc à une distance qui altère la relation traditionnellement recherchée par tout médecin. Le partage de moments d'anesthésie avec les infirmières-anesthésistes DE en un team très particulier à notre spécialité et qui en augmente d'ailleurs la sécurité et permet la rotation plus rapide des patients au bloc opératoire accentue encore cette position de fractionnement qui n'est pas totalement comparable avec ce qui se passe pour les chirurgiens et les instrumentistes.

D'une autre manière, et comme pour compenser cet anonymat lié à l'organisation, la remise d'une carte d'anesthésie mentionnant outre le protocole, le nom du praticien, n'a-t-elle pas également ce but, moins secondaire qu'il n'y paraît, de matérialiser au patient, en vue d'une reconnaissance attendue, une présence et une attention jusqu'alors passée inaperçue car effectivement peu perceptible ? Peut-être enfin peut-on concevoir l'éclosion d'autres sentiments de frustration chronique en comparaison avec le chirurgien qui bénéficie de la majorité de la reconnaissance parce qu'il est, lui, un acteur unique pour le patient ?

Il ne faut toutefois pas ignorer que les médecins sont aussi impliqués dans une forme de déni de la réalité du stress quel qu'il soit. Le mythe du médecin "héros" est encore bien vivant. Forgé dans l'imaginaire collectif, il se conforte probablement pendant le long cursus d'apprentissage à propos duquel certains travaux ont permis de rendre évidente la mise en œuvre de processus d'intégration professionnelle "au corps médical" et la mise en place progressive de stratégies initiatiques et collectives de défense.

## Comprendre la problématique

A l'évidence, il s'agit d'une problématique assez générale dans les pays industrialisés où ces questions relatives à la santé au travail font l'objet

d'attentions depuis de nombreuses années. Très curieusement et encore récemment en France, on s'étonnait relativement peu que les choses aient l'air de fonctionner "tant bien que mal" dans une organisation dans laquelle les praticiens sont soumis à de hauts niveaux de stress, particulièrement difficiles à gérer après un déficit de sommeil par exemple. Après tout, même s'il est toujours regrettable qu'ils existent, il y a très peu d'accidents recensés pour les patients. Mais qu'en est-il pour les médecins ?

Poser clairement la question du "coût humain" peut ouvrir un espace de réponses dont l'une est probablement celle d'un important investissement individuel en rapport avec la dimension éthique de l'acte médical anesthésique. On en a vu le caractère très symbolique et l'implication psychologique qu'elle sous-tend. C'est par un effort constant que l'anesthésiste surmontera des difficultés aiguës, mais aussi chroniques, pour la préservation de la sécurité et de la santé du patient. Mais au cours de ces épreuves de stress répétées, et dans les conditions nouvelles de la production de soins, qu'en est-il de la santé du médecin ? Peut-il soutenir un tel investissement psychique tout au long d'une carrière sans qu'à un moment ou à un autre sa santé personnelle ne soit mise en cause ? Où, quand et comment vont se manifester les troubles ? On l'a vu, la littérature essentiellement étrangère apporte des éléments qui, sans être d'une ampleur catastrophique, doivent néanmoins nous amener à réfléchir pour prendre des mesures adaptées.

En effet, comme on a tenté de le démontrer sur simulateur, les performances médicales peuvent souvent être maintenues à un niveau de sécurité relativement satisfaisant après la privation de sommeil [28], lors d'une garde chargée par exemple, ou encore dans un contexte de mauvaise organisation chronique. A la condition toutefois que les actes ne soient pas d'une trop grande complexité et que des complications imprévues ne surviennent pas. Mais ce maintien dans le temps des capacités du médecin au bénéfice de son patient se fait sans aucun doute au prix d'un investissement psychique et énergétique (ne pourrait-on pas écrire ici tout simplement énergétique ?) fortement majoré pour le praticien. Ce dernier semble se comporter alors comme un sportif de haut niveau puisant sur ses réserves [29, 30]. Les travaux de McEwen illustrent bien le dépassement des capacités physiologiques d'adaptation de l'organisme en situation de stress exagéré et les conséquences réelles en terme de santé pour les populations qui y sont chroniquement soumises, tant du point de vue cardio-vasculaire que des fonctions cérébrales supérieures ou encore, du système immunitaire [31].

## Reconnaissance et prévention

La méconnaissance, ou pire, la négation collective ou individuelle de ce "sur-régime" ou surinvestissement, conscient ou inconscient et, on l'a vu, parfois en forme de véritables stratégies défensives, majore clairement le risque de survenue des divers troubles pour lesquels sont prévus ailleurs des programmes d'aide aux médecins lorsque les mécanismes de résistance sont dépassés (dépersonnalisation, dysharmonies graves, professionnelles, familiales, conjugales, troubles addictifs, troubles organiques, surtout sur des terrains fragilisés). Ces conséquences surviennent plus ou moins précocement

et de manière souvent subreptice selon les circonstances. Bien plus que l'acuité, la chronicité joue ici un rôle primordial ainsi que l'absence de prise en compte si l'on s'en tient aux modèles qui ont été théorisés et validés sur de nombreux collectifs de travail ; tant le modèle "demande-autonomie au travail" de Karasek (Fig. 2) que celui de l'"effort-récompense" de Siegrist. Dans ces conditions, il faut envisager la mesure répétée des indices de satisfaction au travail, sinon comme un début de réponse, du moins comme l'amorce d'une prise en compte. Les outils méthodologiques existent et les anesthésistes peuvent en bénéficier. Qu'il s'agisse du Maslach Burnout Inventory ou de toute autre méthode, comme nous le verrons plus loin.

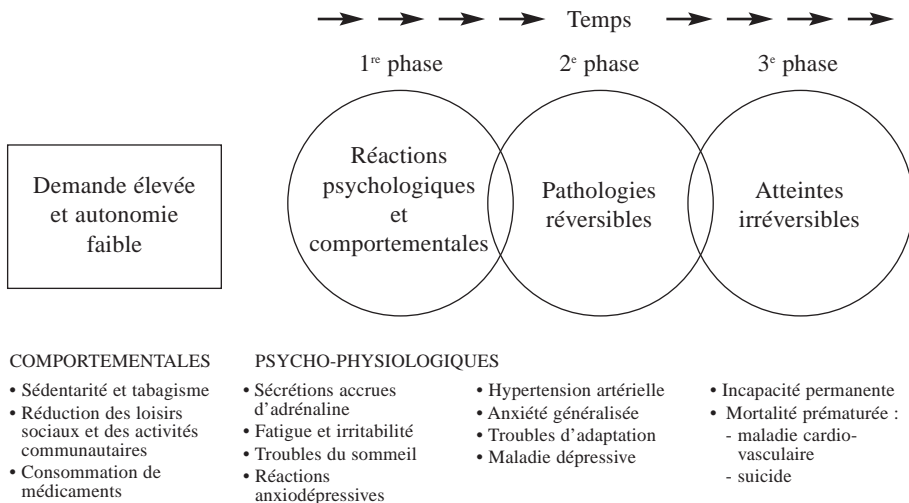


Fig. 2. - Atteintes à la santé reliées au modèle de Karasek.

Si des analyses plus fines sont encore indispensables, un certain nombre de mesures sont d'ores et déjà à envisager telles que d'éviter l'isolement professionnel. Ceci s'accorde avec la notion d'empathie du milieu d'exercice permettant de repérer et d'aider (coping) les sujets fragiles dont nous avons vu qu'ils pouvaient représenter jusqu'à 20 % des effectifs et ne pas être toujours facilement reconnus. Les notions de "coping" et de dimensionnement humain trouvent ici toute leur importance, permettant la prise de repos compensateurs dont il faut convenir du caractère essentiel. Ceux-ci doivent permettre la nécessaire ouverture hors du milieu professionnel pour l'anesthésiste-réanimateur, sa distanciation et sa relaxation qui ne doivent plus apparaître comme un luxe mais comme une manière de vivre avec et pour une discipline forcément exigeante. La prise en compte du stress et la mise en œuvre de procédures pour en atténuer les effets sont l'un des objectifs que doivent se fixer les organisateurs d'un service d'anesthésie mais aussi l'ensemble des professionnels concernés.

En 1999, dans un article entièrement consacré au rôle du stress sur la santé et le bien-être de l'anesthésiste, Jackson [32] expose de manière claire quelles sont les mesures préventives pour minimiser l'impact de l'accumulation de stress répétés et éviter la survenue insidieuse et autrement inéluctable du syndrome d'épuisement professionnel (Fig. 3).

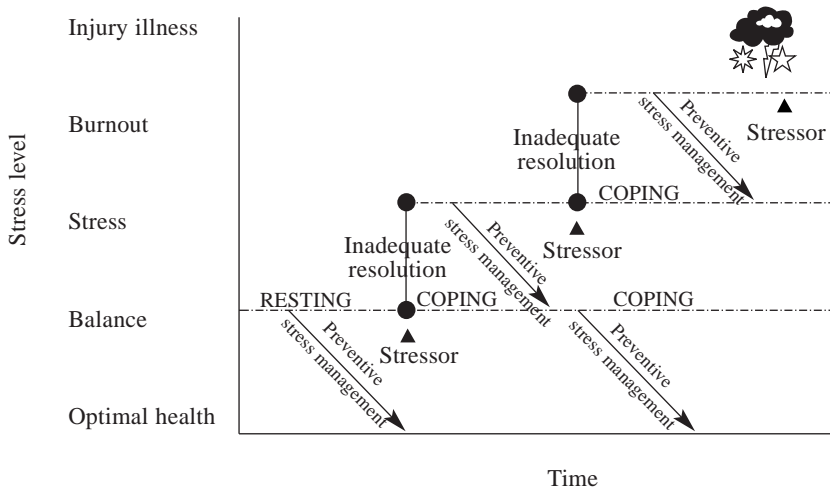


Fig. 3. - Stress management map (Jackson).

## Des mesures institutionnelles

Il faut à présent regarder les choses en face et reconsidérer les explications qui ont habituellement et trop facilement cours. On sait aujourd'hui qu'elles ne suffisent pas à tout expliquer (la lourdeur du travail, son type, l'approche quotidienne de situations dangereuses, le risque médico-légal, etc.), même si on doit leur reconnaître une part non négligeable. Comme cela a été le cas pour la compensation protéique dans l'hypercatabolisme du patient agressé, le temps est peut-être venu pour la profession de réfléchir sérieusement aux modèles organisationnels et à des mécanismes de régulation pour compenser ce qu'on peut considérer parfois comme un véritable hypercatabolisme psychique au travail (l'analyse des rythmes de travail, les activités investissantes et valorisantes -productions scientifiques par exemple- les rythmes de repos, les mises à distance, les programmes de soutien et d'aide, etc.). Toutes ces procédures, dont certaines commencent à apparaître dans la réglementation, ne doivent plus être vécues comme des luxes mais assurément comme des nécessités à intégrer dans la vie professionnelle.

Sans faire de catastrophisme, cette réflexion nous paraît malgré tout essentielle. Elle peut constituer un enjeu pour les années à venir, dans un métier difficile et astreignant dont les acteurs ne doivent désormais plus sous-estimer les impacts, on l'a vu, non négligeables sur leur santé, leur vie personnelle et leur entourage.

Il n'est pas possible de conclure autrement que par la formule habituelle : des études complémentaires sont nécessaires sur ces questions. Un premier pas pourrait consister en la réalisation en France d'un travail de recherche national, "satisfaction professionnelle, stress, burnout et morbidité chez les anesthésistes-réanimateurs", "impacts personnels et fonctionnels de l'organisation de métier" comme l'ont préconisé récemment des organisations professionnelles. Une telle enquête compléterait utilement les travaux annoncés sur la toxicomanie dans notre métier. On peut espérer qu'à partir de ses résultats des perspectives s'ouvriront pour mieux prendre en compte la santé au travail en anesthésie-réanimation.

### BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Programme d'Aide Aux Médecins du Québec.** Site Web : [www.pamq.org](http://www.pamq.org)
- [2] **Bonnet F.** - *Ann. Fr. Anesth. Réanim.*, 2000 ; 19 : 668-674.
- [3] **Le Figaro** - 17 janvier 1997
- [4] **Wright D.J.M.** - Which doctors die first? Analysis of BMJ obituary columns. *BMJ*, 1996 ; 313 : 1581-1582.
- [5] **Lew E.A.** - Mortality experience among anesthesiologists. *Anesthesiology*, 1954-1976 ; 51 : 195-199.
- [6] **Ha N.** - Mortality among male anaesthetists in U.K. *BMJ*, 1957 ; 83.
- [7] **Carpenter L.** - Mortality of doctors in different specialities: findings from a cohort of 20 000 NHS hospital consultants. *Occup. Env. Med. Jun.* ; 54(6) : 388-395.
- [8] **Smith W.D.** - Retirement of anesthetists. Attitude in Yorkshire. *Anaesthesia*, 1980 ; 35(8) : 790-803.
- [9] **Mc Namee R.** - Morbidity and early retirement among anaesthetists and other specialists. *Anaesthesia*, 1987 ; 42(2) : 133-140.
- [10] **Les Infos du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs**, numéro spécial, septembre 1998.
- [11] **Spence A.A.** - *JAMA*, 1977 ; 238(9) : 955-959.
- [12] **Pharoa** - *Lancet*, 1977 ; 1(8001) : 34-36.
- [13] **Vessey M.P.** - *Anaesthesia*, 1978 ; 33 : 430-438.
- [14] **Tannenbaum T.N.** - *J. Occup. Med.*, 1985 ; 27 : 659-678.
- [15] **Bruce H., Alexander P.H.D.** - *Anesthesiology*, 2000 ; 93(4) : 922-930.
- [16] **Green E.S.** - *Anesthesiology*, 1998.
- [17] **Richard M.J.** - *Med. J. Australia*, 1997.
- [18] **Delogu C.** - *Arch. Scienze Lav.*, 1987 ; 3 : 11.
- [19] **Duscio D.** - Job related diseases in operating room personnel. *Arch. Scienze Lav.*, 1991 ; 7 : 93.
- [20] **Talbott G.D.** - Georgian's impaired Physicians Program. Review of the first 1,000 physicians. *J. Am. Med. Ass.*, 1987 ; 257 : 2997-3000.
- [21] **Lutsky I.** - Use of psychoactive substances among American anesthesiologists: a 30year retrospective study. *Can. J. Anaesth.*, 1993 ; 40 : 915-921.
- [22] **Reeve Peter E.** - *Anesthesia*, 1980 ; 35 : 559-568.

- [23] **Opatowski L.** - Burnout des anesthésistes : entrevoir la réalité, abolir le tabou. Mémoire de D.U. - Approfondissement et pédagogie en soins palliatifs. Université Paris VI, Fac. Méd. Broussais Hôtel Dieu ; 97-98.
- [24] **Olkinuora M.** - Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in finnish physicians. *Scand. J. Work Envir. Health*, 1992 ; 18(Suppl. 2) : 110-112.
- [25] **Kam P.C.A.** - Occupationnal stress in anaesthesia. *Anesth. Intens. Care*, 1997 ; 686-690.
- [26] **Gravenstein J.S.** - Workload and rest in practice of anaesthesia. *Anesthesiology*, 1990 ; 72 : 737-742.
- [27] **Seeley H.F.** - The practice of anaesthesia- a stressor for the middle aged ? *Anaesthesia*, 1996 ; 51 : 571-574
- [28] **Herndon C.N., Weinger M.B., Smith B.E.** - Use of task analysis to evaluate the effects of fatigue on performance during simulated anesthesia cases (abstract). *Anesthesiology*, 1998 ; 89 : 1180.
- [29] **Bruge Ph., Dru M., Benoît O.** - Retentissement de la garde sur l'activité du lendemain. *Ann. Fr. Anesth. Réa.*, 1999 ; 18(Suppl. 1) : 9-38.
- [30] **Bruge Ph., Dru M., Benoît O.** - *Eur. J. Anesth.* Congrès de l'ESA, Vienne, 2000.
- [31] **McEwen** - Protective and damaging effects of stress mediators. *N. Engl. J. Med.*, 1998 ; 3(338) : 171-179.
- [32] **Jackson S.H.** - *Acta Anaesth. Scand.*, 1999 ; 43 : 583-602.