

# **Comment l'organisation du travail peut prévenir l'épuisement professionnel en anesthésie-réanimation ?**

**B. DUREUIL**

L'efficience du plateau technique est un enjeu majeur pour les établissements de santé qui en attendent la meilleure performance. Toutefois, cette attention ne peut se centrer exclusivement sur la gestion d'indicateurs de production et de rentabilité sans intégrer en parallèle le souci d'organisation, de communication et d'attention vis-à-vis des professionnels du plateau technique. Même si les situations organisationnelles sont un peu différentes, les blocs opératoires et les réanimations sont des organisations complexes qui partagent des enjeux identiques.

Peu de données dans la littérature analysent l'impact direct de la modification des conditions de travail au bloc opératoire ou en réanimation sur la satisfaction professionnelle des anesthésistes-réanimateurs. En revanche, de nombreux travaux indiquent que l'épuisement professionnel survient d'autant plus facilement que l'environnement au travail est hostile et laisse peu de place à l'épanouissement personnel [1]. Les facteurs organisationnels apparaissent ainsi au premier rang des éléments qui peuvent fragiliser les praticiens dans leur travail et conduire à leur épuisement. A l'inverse, des organisations prenant en compte ces risques sont susceptibles de préserver et/ou d'améliorer la satisfaction au travail. L'épuisement professionnel a un fort impact sur la santé du médecin mais il est également associé à un risque accru d'erreurs médicales. L'absence d'épuisement professionnel et une satisfaction au travail sont des indicateurs d'une bonne qualité de vie dans le milieu professionnel. Ils sont associés à une meilleure productivité, à une plus grande initiative des personnels et à une amélioration de la satisfaction des patients [1].

## **Organiser le travail pour améliorer à la fois l'efficience et la satisfaction au travail**

### **Partager les mêmes objectifs**

La notion d'efficience ne recouvre pas un contenu identique selon que l'on est dans une position de responsable ou d'effecteur. Pour le premier, l'efficience est synonyme de "produire autant que possible" alors que le second privilégie la notion "de développer une compétence individuelle". De nombreux conflits et tensions trouvent donc leur origine dans un défaut de compréhension réciproque de ce qui est attendu, soulignant l'importance de parler le même langage [2].

---

*Correspondance :* Service d'Anesthésie-Réanimation et SAMU, CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76031 Rouen, France,  
e-mail : bertrand.dureuil@chu-rouen.fr

## **Un management visant une organisation juste**

D'une manière générale, la satisfaction au travail des médecins anesthésistes-réanimateurs est liée à un contrôle sur leur travail et une organisation équitable et juste [3]. Cette dernière décline un certain nombre de fonctionnement :

- les décisions sont prises à partir d'informations correctes et validées ;
- dès qu'elles sont identifiées, les décisions incorrectes peuvent être facilement modifiées ;
- chacun peut exprimer son avis sur les décisions relatives à son propre travail ;
- les décisions sont cohérentes et logiques ;
- les effets des décisions sont évalués et cette évaluation donne lieu à une information ;
- des informations complémentaires sur les motivations des décisions sont disponibles.

Un exemple au bloc opératoire est celui des modifications de programme de dernier moment ou des décisions prises sans avis par un chirurgien. Il peut s'agir également d'un opérateur qui programme en urgence un patient qui relève en réalité d'une intervention réglée ou d'un anesthésiste qui arrive systématiquement en retard sans justification. Ces "incidents" sont ressentis comme injustes par les personnels qui en subissent les conséquences et sont les points de départ des conflits et d'une insatisfaction générale. Une procédure ou une situation est ressentie comme juste ou équitable à partir du moment où les individus ont le sentiment d'avoir participé à la prise de décision [4]. Or, bien souvent, le bloc opératoire fonctionne selon une logique pyramidale qui n'en fait pas un lieu d'expression personnelle en dehors du conflit ouvert. Ceci peut favoriser le développement progressif d'un sentiment de frustration et d'insatisfaction qui n'est pas favorable au fonctionnement de la structure et peut conduire à l'épuisement professionnel. Une organisation juste sous-entend moins une équité parfaite que l'implémentation d'une forte culture de communication, d'explication, d'échanges et d'évaluation. En pratique, les conseils de bloc opératoires comme les réunions d'équipes sont les lieux naturels où se discutent, au travers de la résolution de problèmes courants, les modalités d'une organisation juste. L'organisation des blocs opératoires et de réanimation doit impérativement maintenir et intégrer ces temps d'échanges et non pas les négliger dans une vision de court terme au prétexte par exemple d'emplois du temps surchargés. Ainsi, plusieurs études ont montré que si les chirurgiens sont le plus souvent au palmarès des professionnels à l'origine des retards au bloc opératoire, des améliorations substantielles sont observées lorsqu'est mise en place une stratégie visant à renforcer la communication entre eux et le reste des personnels travaillant au bloc opératoire [5].

La communication au sein de l'équipe du bloc opératoire ou de la réanimation est en effet un déterminant clef de la qualité de vie au travail mais elle est également garante de l'efficience de la prise en charge et de la sécurité des patients. Elle garantit les meilleures conditions du travail d'équipe. Les défauts de communication entre les membres de l'équipe du bloc opératoire sont parmi les causes racines fréquemment retrouvées d'oubli de compresse, d'erreurs transfusionnelles, d'erreurs de côtés pour la chirurgie et la réalisation de blocs tronculaires, de retards de traitements, etc. Il y a une relation démontrée entre la qualité relationnelle au sein de l'équipe du bloc opératoire (incluant les équipes chirurgicales et anesthésiques) et la morbidité post-opératoire [6]. Ce facteur apparaît même plus important que le score ASA du patient et, à ce titre, devrait être une priorité managériale affichée. Par ailleurs, sur le plan qualitatif et de la sécurité, ces données invitent à privilégier un fonctionnement régulier en équipe qui favorise une bonne connaissance réciproque entre les équipes chirurgicales et anesthésiques. L'absence de lien stable au sein des équipes est associée à une majoration du risque de décès post-opératoire [7]. Ces données plaident pour une limitation d'un *turn-over* inconsidéré des équipes du bloc opératoire qui nuit à l'établissement d'une communication de qualité et pour la recherche d'une polyvalence sécurisée et d'un protocole normalisé de l'accueil des personnels remplaçants.

Toute modification structurelle et organisationnelle doit prendre en compte les principes d'une organisation équitable, qu'il s'agisse d'une réduction de moyens, de modification des équipes, d'un changement de méthodes, d'une augmentation du rythme de travail. Les

responsables doivent communiquer directement avec les équipes en limitant l'impression d'incertitude et d'être mis devant le fait accompli sans concertation et possibilité d'exprimer un avis.

### **Ambiance de travail et charge de travail: une organisation qui vise à réduire les conflits au sein de l'équipe**

Une charge de travail très lourde peut avoir un impact défavorable sur l'ambiance de travail mais c'est finalement cette dernière qui apparaît comme le déterminant principal de l'épuisement professionnel. En réanimation, la charge de travail est associée à des scores d'épuisement élevés [8]. Cependant, cette relation n'est plus observée lorsque l'on ne considère plus les médecins en formation et les internes. Les facteurs indépendants associés à l'épuisement sont principalement le nombre mensuel de nuits de garde et une période prolongée depuis la dernière semaine de repos. En revanche, le nombre d'heures de travail hebdomadaires n'est pas un facteur de risque identifié [8].

Les changements des organisations et des conditions de travail et le management des conflits sont essentiels pour limiter la survenue de l'épuisement professionnel. Kluger *et al.* [9] montrent qu'au bloc opératoire l'amélioration de l'organisation par l'adjonction d'une assistance technique supplémentaire constitue pour le médecin un très bon moyen de prévention de l'épuisement professionnel. Pour autant, la seule réduction de la durée du travail est insuffisante pour entraîner une réduction de l'épuisement [10]. L'environnement dans lequel les médecins anesthésistes-réanimateurs travaillent a un effet très puissant sur leur degré de satisfaction et de fierté d'eux-mêmes et du travail qu'ils effectuent. Un travail intéressant et qui leur permet d'améliorer leur expertise et leurs idées est très important pour eux. Aussi longtemps qu'ils disposent des ressources suffisantes, ils sont capables de gérer un haut niveau de demande et de charge de travail ainsi que les facteurs de stress liés à cette demande. De plus, les médecins anesthésistes doivent exercer un haut niveau de contrôle sur leur travail pour ressentir une satisfaction dans leur activité professionnelle [1]. Un travail intéressant ne serait pas suffisant en soi pour procurer une satisfaction de bon niveau. Les médecins anesthésistes-réanimateurs doivent également avoir une influence déterminante sur les plannings et l'organisation de leur propre travail, sur l'endroit où ils travaillent ainsi que le programme et le contrôle des horaires. Ils doivent, dans la mesure du possible, choisir les professionnels avec lesquels ils souhaitent travailler. Une satisfaction élevée dans sa vie professionnelle protège le médecin anesthésiste-réanimateur des effets délétères du stress lié au travail.

L'élément très important à considérer est celui des conflits interpersonnels qui surviennent dans le cadre du travail (conflit avec un autre collègue ou avec un infirmier) car ils représentent un des déterminants les plus puissants de stress. A l'inverse, une bonne qualité de relation avec les cadres infirmiers et les infirmiers est un facteur protecteur vis-à-vis du risque d'épuisement professionnel.

Les éléments qui sont perçus comme la source fréquente de conflits sont les animosités inter-personnelles, l'absence de confiance et une communication difficile au sein de l'équipe, l'absence de soutien psychologique et un processus décisionnel non consensuel. Comme pour le bloc opératoire, les conflits en réanimation ont un impact sur la cohésion et les relations au sein de l'équipe qui est susceptible de retentir sur la qualité des soins [11]. Les débriefings informels et la discussion sont, pour les professionnels, les moyens les plus appropriés pour résoudre les conflits internes à l'équipe. Outre la charge de travail, et en particulier les gardes, le fait de travailler dans une structure de plus de 15 lits et la prise en charge de patients qui décèdent ou sont en fin de vie sont des facteurs également identifiés comme la source potentielle de conflits en réanimation. A l'inverse, une politique affichée de contrôle des tensions entre les médecins et les infirmiers, de même que des réunions d'équipe régulières, sont des éléments protecteurs. Des réunions hebdomadaires permettent de fixer de manière consensuelle les orientations générales et sont, pour les membres de l'équipe, la marque patente de leur contribution effective à la chaîne d'une prise en charge qui influe directement sur l'évolution des patients et de leurs familles et

prévient ainsi l'épuisement au travail et la survenue de conflits [12]. De manière spécifique aux services de réanimation, la formalisation des modalités de la gestion des patients en fin de vie par l'équipe est un facteur démontré de réduction de la fréquence et de la sévérité des conflits intra-équipe.

## La garde et son organisation

La garde est une charge de travail fréquente pour les anesthésistes-réanimateurs. Elle est une période de plus grande vulnérabilité à l'origine de stress et de déficit de sommeil avec un impact potentiel sur les fonctions cognitives. En outre, la période de garde est source de contraintes horaires, de surcharge de travail dont la nature est souvent imprévisible, multimodale, multiple et même simultanée. Le défaut de temps pour l'évaluation des patients et, parfois, le manque de connaissance et de familiarité avec l'environnement de travail sont des contraintes supplémentaires. L'impact négatif de la garde a motivé la rédaction de la directive européenne sur la réduction du temps de travail et le respect d'un intervalle minimum de 11 heures de repos entre les périodes de travail. En outre, pour en diminuer l'impact négatif, l'organisation doit proposer une limite pour l'âge de prise de garde, une réduction du travail effectif en garde aux urgences réelles, un personnel en nombre suffisant, un équipement *ad hoc* et une ergonomie générale de travail satisfaisante (limiter en particulier le nombre et l'éclatement géographique des sites d'intervention du praticien).

Il est intéressant de noter que certains facteurs psycho-sociaux atténuent le stress lié à la garde et doivent donc être développés. Un haut niveau de contrôle du travail et un fort support social sont associés à un plus faible niveau de symptômes d'épuisement lors de la garde ou le lendemain de la garde mais le facteur le plus déterminant est l'organisation équitable du travail [13]. Ces facteurs atténuent particulièrement le stress lorsque les gardes sont prises sur place dans l'établissement alors que leur impact est très réduit pour les astreintes à domicile. Par ailleurs, c'est la perception individuelle de l'équité de l'organisation qui affecte la santé du médecin. Une organisation médiocre de la garde entraîne à terme le même niveau d'épuisement professionnel que les très fortes demandes de temps d'activité ou de travail dans un environnement non sécurisé. Il apparaît que les politiques, les pratiques et les procédures organisationnelles non équitables sont plus délétères encore que les comportements discourtois d'un supérieur immédiat.

Vis-à-vis du stress généré par la garde, les femmes et les jeunes médecins anesthésistes-réanimateurs apparaissent comme les catégories de personnels médicaux les plus vulnérables [14]. Une attention particulière doit donc être déployée vis-à-vis de ces médecins d'autant, qu'intuitivement, on tend à considérer que les jeunes praticiens sont, par définition, en bonne santé et donc plus "résistants" face aux contraintes qui pèsent sur eux.

## Le changement des organisations : un facteur de stress à contrôler

L'introduction au bloc opératoire de nouveaux appareils, de nouvelles techniques opératoires ou de nouvelles organisations ainsi que les changements de structures (nouveaux plateaux techniques) peuvent pousser les limites et les capacités fonctionnelles et exposer les personnels au risque de stress et d'épuisement au travail [15].

Le bloc opératoire est un environnement complexe, génératrice par lui-même de stress et au sein duquel les connaissances et le travail d'équipe sont déterminants. L'implémentation de nouvelles technologies peut attirer des personnels très motivés pour lesquels cela constitue en soi une forme de valorisation. Cette attitude positive face à l'essai de nouvelles technologies ou de nouvelles organisations peut parfois contrebalancer le potentiel négatif du stress au travail mais, le plus souvent, la réponse d'une équipe est complexe et non homogène. Elle dépend du rôle que chacun joue au sein du bloc, de l'importance de l'exposition au changement et de l'expérience individuelle. Ainsi, par exemple, les chirurgiens sont souvent plus satisfaits de l'introduction d'une nouvelle technique que ne le sont les infirmiers [15]. Cependant, les gains

en satisfaction au travail, et en particulier en fatigue émotionnelle, observés lors de l'introduction d'une nouvelle technique s'estompent progressivement.

D'une manière générale, les personnels doivent être accompagnés pour supporter de nouvelles organisations ou technologies en raison du stress supplémentaire alors même qu'elles ont pour objectif l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'efficience du bloc opératoire. L'évaluation et le suivi de la satisfaction des personnels devraient être indissociables de tout projet d'implémentation de nouvelles techniques ou de nouvelles organisations en raison de l'exposition au risque d'épuisement qu'il comporte.

Une attention identique doit être appliquée lors du changement de locaux qui modifie nécessairement les habitudes de travail et induit une perte des repères habituels. Mêmes si le changement se fait le plus souvent au profit de locaux plus fonctionnels et architecturalement mieux conçus, les sources de dys-satisfactions et de peur du changement restent prégnantes. Heslin *et al.* [16] décrivent l'accompagnement mis en place auprès des personnels lors d'un changement de bloc opératoire aboutissant à l'ouverture de nouvelles salles opératoires par une équipe multi-professionnelle. La clef de la réussite a reposé sur une équipe de pilotage restreinte, composée de professionnels et d'administratifs, investie d'une autorité réelle et dotée de moyens. Le pilotage s'effectuait à partir d'indicateurs de l'activité des blocs opératoires et de sécurité mais également de satisfaction des personnels qui étaient analysés deux fois par mois. La satisfaction était appréciée par des paramètres indirects (nombre de personnels intérimaires, nombre de départs) et par des enquêtes de satisfaction conduites régulièrement.

La vulnérabilité de la structure au moment de l'ouverture du nouveau bloc était évidente en raison principalement du nombre très important de postes vacants (42 % par rapport aux objectifs de pleine activité) et d'un *turn-over* massif des personnels. Le comité de pilotage identifiait six points d'insatisfaction des personnels auxquels il a entrepris de répondre :

- une demande excessive de présence au-delà des horaires (les chirurgiens étaient autorisés à programmer autant de patients qu'ils le désiraient et les infirmières ainsi que les anesthésistes devaient rester naturellement jusqu'à la fin) ;
- une absence totale de flexibilité des horaires de prise de fonction et de travail des infirmières qui fonctionnaient par quart de huit heures ; ceci n'autorisait aucune adaptation à leurs contraintes personnelles et familiales ;
- des personnels incomplètement formés en raison de l'important *turn-over* étaient sollicités pour des interventions complexes et étaient en difficulté ;
- une absence de périodes dédiées spécifiquement à la formation des personnels ;
- l'utilisation de ressources peu adaptées pour certaines interventions ;
- un environnement autour du travail peu satisfaisant (absence de salles de détentes, repas, etc.).

A partir de ce constat, des orientations managériales ont été prises et effectivement suivies :

- recrutement de nouveaux agents et maintien des personnels formés ;
- dépassement des horaires uniquement par des personnels volontaires et payés en heures supplémentaires ;
- institutionnalisation d'un temps de pause pour le déjeuner ;
- temps d'information et de communication à l'équipe ménagé en décalant d'une heure le démarrage du bloc opératoire un jour par semaine ;
- aménagement de salles de détente et amélioration de l'environnement de travail.

Cette politique volontariste a rapidement porté ses fruits. L'augmentation du nombre des personnels, dans un premier temps par le recrutement d'intérimaires puis par celui d'un personnel fixe, a permis d'introduire davantage de flexibilité dans les horaires pour les adapter aux exigences du bloc mais également aux contraintes familiales que connaissent les agents. Il a également permis de mettre en place des formations et des périodes d'adaptation progressive pour les nouveaux arrivants. Très vite, le nombre de départs observés annuellement a chuté des deux tiers et tous les postes vacants ont été pourvus.

Heslin *et al.* mettent au premier plan l'importance de pouvoir collecter et analyser des données suffisamment précises pour conduire les changements organisationnels de manière non "confrontationnelle". Ce mode de management induit une approche positive du changement chez les professionnels et une nouvelle culture du travail. La restitution des données et des informations collectées avec un niveau de précision suffisant aide considérablement les professionnels de terrain à s'approprier les questions et à proposer eux-mêmes des solutions pertinentes.

L'intégration de nouveaux personnels dans le contexte hautement spécialisé du bloc ou d'une réanimation est cruciale. Une période d'intégration est incontournable pour ne pas exposer trop rapidement des personnels à des situations complexes qu'ils auront du mal à contrôler, qui seront sources de stress et, finalement, de départs précoce de l'établissement. Le *turn-over* trop rapide des personnels aboutit non seulement à des vacances de postes mais il engendre par ricochet des coûts supplémentaires liés à de nouveaux recrutements et donc de nouvelles formations. Il faut que certains chirurgiens et médecins comprennent qu'un personnel en formation et encore inexpérimenté dans un bloc opératoire représente un investissement pour le futur et non un déficit pour le présent.

## Conclusion

L'organisation des structures en anesthésie-réanimation est un élément important de la prévention de l'épuisement professionnel. Un effort particulier devra porter sur tous les facteurs qui améliorent la communication au sein des équipes et ceux qui permettent de prévenir ou de dénouer les conflits interpersonnels. Une réduction de la charge de travail est relativement inopérante sur la survenue de l'épuisement professionnel si elle n'est pas associée à cette ligne de management. Les réorganisations et les changements de locaux doivent se faire avec le souci constant de l'accompagnement des personnels.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Kinzl J.F., Knotzer H., Traweger C., Lederer W., Heidegger T., Benzer A. - Influence of working conditions on job satisfaction in anaesthetists. *Br. J. Anaesth.*, 2005 ; 94 : 211-215.
- [2] Arakelian E., Gunningberg L., Larsson J. - Job satisfaction or production? How staff and leadership understand operating room efficiency: a qualitative study. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 2008 ; 52 : 1423-1428.
- [3] Lindfors P.M., Meretoja O.A., Töry S.M., Luukkonen R.A., Elovaainio M.J., Leino T.J. - Job satisfaction, work ability and life satisfaction among Finnish anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 2007 ; 51 : 815-822.
- [4] Moorman R.H. - Relationship between organized justice and organizational citizenship behaviors - do fairness perceptions influence employee citizenship? *J. Appl. Psychol.*, 1991 ; 76 : 845-855.
- [5] Weinbroum A.A., Ekstein P., Erzi T. - Efficiency of the operating room suite. *Am. J. Surg.*, 2003 ; 185 : 244-250.
- [6] Mazzocco K., Petitti D.B., Fong K.T., Bonacum D., Broomey J., Graham S., Lasky R., Sexton J.B., Thomas E.J. - Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am. J. Surg.*, 2009 ; 197 : 678-685.
- [7] Schiffner T.L., Grunwald W.G., Main D., Khuri S.F. - Relationship of processes and structures of care in general surgery to postoperative outcomes: a hierarchical analysis. *J. Am. Coll. Surg.*, 2007 ; 204 : 1166-1177.
- [8] Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., Kentish N., Pochard F., Lououdou A., Papazian L. - High level of burn out in intensivists: prevalence and associated factors. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2007 ; 175 : 686-692.
- [9] Kluger M.T., Townend K., Laidlaw T. - Job satisfaction, stress and burn out in Australian specialists anaesthetists. *Anaesthesia*, 2003 ; 58 : 339-345.
- [10] Thomas N.K. - Resident burn out. *JAMA*, 2004 ; 292 : 2880-2889.

- [11] Azoulay E., Timsit J.F., Sprung C.L., Soares M., Rusinová K., Lafabrie A., Abizanda R., Svantesson M., Rubulotta F., Ricou B., Benoit D., Heyland D., Joynt G., François A., Azevedo-Maia P., Owczuk R., Benbenishty J., De Vita M., Valentin A., Ksomas A., Cohen S., Kompan L., Ho K., Abroug F., Kaarlola A., Gerlach H., Kyrianiou T., Michalsen A., Chevret S., Schlemmer B. - Conflicus study investigators and for the ethics section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2009 ; 180 : 853-860.
- [12] Fins J.J., Solomon M.Z. - Communication in intensive care settings: the challenge of futility disputes. *Crit. Care Med.*, 2001 ; 29(2) : N10-N15 (Review).
- [13] Lindfors P.M., Heponiemi T., Meretoja O.A., Leino T.J., Elovinio M.J. - Mitigating on-call symptoms through organizational justice and job control: a cross-sectional study among Finnish anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 2009 ; 53(9) : 1138-1144.
- [14] Lindfors P.M., Nurmi K.E., Meretoja O.A., Luukkonen R.A., Viljanen A.M., Leino T.J., Härmä M.I. - On-call stress among Finnish anaesthetists. *Anaesthesia*, 2006 ; 61(9) : 856-866.
- [15] Stahl J.E., Egan M.T., Goldman J.M., Tenney D., Wiklund R.A., Sandberg W.S., Gazelle S., Rattner D.W. - Introducing new technology into the operating room: measuring the impact on job performance and satisfaction. *Surgery*, 2005 ; 137 : 518-526.
- [16] Heslin M.J., Doster B.E., Daily S.L., Waldrum M.R., Boudreaux A.M., Smith A.B., Peters G., Ragan D.B., Buchalter S., Bland K.I., Rue L.W. - Durable improvements in efficiency, safety, and satisfaction in the operating room. *J. Am. Coll. Surg.*, 2008 ; 206 : 1083-1090.

