

Satisfaction et santé professionnelle en anesthésie réanimation

(Les risques psycho-organisationnels en anesthésie réanimation)

Les anesthésistes réanimateurs en France à travers l'enquête SESMAT (Santé et Satisfaction des Médecins Au Travail)

M-A Doppia (Caen)

Le 19 mars 2003, devant l'Assemblée Nationale, la mission parlementaire, présidée par le député René Couanau, établissait le constat suivant pour les médecins de l'hôpital public¹.

« Un des interlocuteurs de la mission a évoqué « l'épuisement » des médecins hospitaliers. Une enquête menée par l'Académie nationale de médecine auprès de 956 chefs de service des hôpitaux généraux (...) montre que 87 % des personnes interrogées estiment que les conditions d'exercice « se sont nettement détériorées ». Les symptômes les plus significatifs sont, outre les arrêts de travail et les grèves de médecins hospitaliers (dont les internes), les démissions (ou les menaces de démission) de postes de chefs de service. Les retraites anticipées se multiplient : s'agissant des médecins, les deux premières causes de départs sont les démissions (39 %) et les départs de non titulaires (22 %). Il semble qu'un grand nombre d'internes manifestent le souhait d'abandonner leur carrière à l'hôpital (...) Le nombre de postes vacants devient très préoccupant dans certaines disciplines, notamment l'anesthésie-réanimation (...) Les crises éclatent au grand jour lors des opérations de restructurations. »

Très récemment, la **Haute Autorité de Santé** a organisé un séminaire « **qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé** »².

Aujourd'hui, on parle plus fréquemment de *l'épuisement professionnel* ou de la *souffrance du médecin*. La littérature internationale fait état de risques pour la santé au travail chez les médecins. Les anesthésistes réanimateurs (MAR) peuvent être concernés³ par des troubles de la santé mentale, anxi-dépression, syndrome d'épuisement professionnel, avec ses conséquences et, sans qu'ils soient l'apanage de leur spécialité, par des consommations abusives et un taux élevé de suicides⁴. Le corps médical est ici deux fois plus touché que la population générale.

En France, depuis plusieurs années, des réformes en profondeur s'appliquent à l'hôpital public comme à tous les secteurs de la santé. Elles modifient les modes de gestion et l'environnement professionnel des soignants. Les postes hospitaliers peinent à trouver preneurs et on observe un phénomène migratoire d'importance vers le secteur privé à but non lucratif (PSPH) ou libéral. Ce dernier n'est lui-même d'ailleurs pas exempt de contraintes ni de revendications.

Ces signaux méritent d'être explicités car si, heureusement, les troubles de la santé au travail n'affectent pas la majorité des praticiens, des liens sont néanmoins démontrés entre la satisfaction, la santé au travail des professionnels, la qualité et le coût des soins^{5 6}. Des comportements professionnels à risque pour les patients mais aussi pour les médecins peuvent accompagner le syndrome d'épuisement professionnel. Mais aussi l'absentéisme ou le désinvestissement chronique.

¹ <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp>

² http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_995131/la-haute-autorite-de-sante-simplique-dans-la-qualite-de-vie-au-travail-dans-les-etablissements-de-sante

³ Merat F., Merat S. Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie : AFAR Vol.27, Ed.1, Janvier 2008, 63-73

⁴ Risques professionnels et santé des médecins M. Estry-Behar. Collection Abrégés-Masson, Paris 2002, 177 p.

⁵ J. Larsson U. Rosenqvist and I. Holmstro ; Enjoying work or burdened by it ? How anaesthetists experience and handle difficulties at work: a qualitative study British Journal of Anaesthesia 99 (4): 493-9 (2007)

⁶ MANSER T., Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 143-151

La création d'un groupe de travail dédié au sein de la WFSA (Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie ⁷) témoigne que le bien-être et la santé au travail de l'anesthésiste sont devenus des préoccupations internationales, ce qui laisse entendre une **problématique commune à la spécialité**. En France, certains établissements de soins ont déjà développé des initiatives locales pour briser un déni qui reste une réalité ⁸. Un site Internet d'information a été ouvert en 2008 à l'initiative d'un groupement mutualiste privé associé aux médecins libéraux ⁹. La SFAR, le CFAR et les organisations syndicales du public comme du secteur libéral, multiplient les initiatives (sessions dans les congrès, publications scientifiques, commission SMART¹⁰, Observatoire de la souffrance au travail des médecins hospitaliers ¹¹) pour que soient enfin abordés les troubles de la santé au travail en anesthésie réanimation.

Une culture de l'organisation

L'anesthésie réanimation est une activité d'équipe. Ceci sous-tend l'accord sur les missions dévolues à chacun de ses membres, la manière de les accomplir, mais aussi, pose le principe de l'élaboration d'objectifs communs. Ainsi, la satisfaction professionnelle est-elle reliée à la possibilité d'établir des liens de coopération. (dossier commun, prescriptions successives, transmissions, passages de relais, procédures), (Tab. 1) Il ne s'agit pas uniquement de satisfaire à des objectifs quantifiés de production d'actes, mais de **créer les conditions de la Qualité par le travail du collectif**.

Des recherches engagées au début des années 90 ont mis en évidence l'importance du rôle des **dimensions culturelles et organisationnelles** dans la performance hospitalière et la qualité des soins¹². 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 est faible, ce sont des facteurs individuels qui prédominent (satisfaction /insatisfaction au travail) et qui peuvent aboutir à des comportements négatifs pour l'organisation : absentéisme ou désinvestissement aux conséquences néfastes pour la fiabilité de la chaîne de soins.

| Poste | Satisfaction au travail | |
|--|---|--|
| | Organisation | Environnement |
| - Évolution professionnelle - Rémunération - Autonomie - Créativité - vie professionnelle /vie personnelle | Moyens matériels disponibles clarification du rôle dans l'équipe (secteur anesth.) Organisation sécuritaire des soins Transmission des informations (dossier d'anesthésie, prescriptions postop, protocoles de PEC) Ambiance du service d'anesth. Ambiance du bloc opératoire | Informations reçues sur la politique adoptée par l'établissement Positionnement de l'établissement dans le territoire Conjoncture financière Concurrence public/privé |

Tab 1: les conditions organisationnelles sont centrales pour la satisfaction professionnelles en anesthésie

⁷ « Professional Wellbeing Working Party » : <http://anaesthesiologists.org/fr/reports/professional-wellbeing-working-party.html>

⁸ CHRU Lille, CHU Angers

⁹ <http://www.souffrancedusoignant.fr/>

¹⁰ <http://www.cfar.org/SMART/SMART.html>

¹¹ <http://www.snphar.com/01-EVeille/VeilleSynd.aspx>

¹² 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, avril-juin 2001, La Documentation française.

Un contexte marqué par des changements de tous ordres.

Aux USA, dans les années 90, Talbott¹³ et Lutsky¹⁴, ont montré une surreprésentation des anesthésistes dans les programmes de réhabilitation pour pathologie mentale ou troubles addictifs. La souffrance professionnelle des anesthésistes se traduisait par un taux de suicide plus élevé, particulièrement chez les femmes et les jeunes. Mais aujourd'hui, l'environnement a changé...

La pyramide des âges de la spécialité caractérise une population médicale vieillissante. Malgré le très bon choix de notre spécialité à l'ENC¹⁵, les **difficultés démographiques** voient leurs effets amplifiés par une répartition inégale des anesthésistes entre les régions^{16 17}. Simultanément, les praticiens assujettis à la permanence des soins revendiquent une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle. Même si, paradoxalement, elle doit encore, faire l'objet de justifications malgré l'évidence de sa nécessité¹⁸, la mise en place du **repos de sécurité** (issu de la Directive Européenne sur le temps de travail¹⁹) a néanmoins constitué une étape essentielle dans l'amélioration des conditions de travail des MAR du secteur public²⁰. Bien qu'elle ne soit pas réglementaire pour elles, les équipes du secteur libéral appliquent de plus en plus cette disposition de sécurité et de confort de vie professionnelle ou le revendiquent. Des **restructurations** de sites et des réorganisations du travail des MAR ont dû s'opérer dans les équipes pour la mise en place de ces aménagements.

Dans le contexte économique contraint d'aujourd'hui, une plus grande **productivité** est recherchée et le milieu hospitalier vit, comme beaucoup d'autres secteurs, une **intensification du travail**. Il faut répondre non plus seulement aux besoins des patients (sécurité et qualité), mais en même temps satisfaire à des objectifs gestionnaires et financiers qui ne peuvent pas souvent se concilier avec les objectifs des professionnels. Les organisations doivent se montrer plus « performantes ». Ceci, tant dans le secteur libéral qui l'a précédé, que dans le secteur public, tous deux soumis à la tarification à l'activité (T2A) convergente. Les gestionnaires ne se cachent plus de raisonner en **parts de marché**.

Des termes tels que, **pression de production, isolement, individualisme** et **baisse du travail d'équipe**, ne sont plus étrangers au monde de l'hôpital.

Quant à lui, le secteur libéral a opéré des restructurations plus précoces avec des regroupements et une modernisation effective de ses plateaux techniques. Ses équipes anesthésiques se caractérisent par un mode de décision plus concerté, des circuits courts et un niveau de revenus plus élevé. La **justice organisationnelle** y paraît mieux assurée²¹ pour faire face à une augmentation de près de 30 % d'activité entre 1993 et 2002.²²

Les **contraintes administratives** de tous ordres ont significativement augmenté dans les deux secteurs désormais placés en **concurrence**, quand ils se situaient auparavant dans une logique de complémentarité.

¹³ Talbott G.D. - Georgian's impaired Physicians Program. Review of the first 1,000 physicians. *J. Am. Med. Ass.*, 1987 ; 257 : 2997-3000

¹⁴ Lutsky I. - Use of psychoactive substances among American anesthesiologists: a 30year retrospective study. *Can. J. Anaesth.*, 1993 ; 40 : 915-921

¹⁵ Perbet S., & al. Evaluation des motivations de choix et de leur cursus d'apprentissage par les internes d'anesthésie réanimation : enquête nationale. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010 ; 29(2):93-103

¹⁶ Berland Y. Rapport sur la démographie médicale hospitalière remis à Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, 201 p. septembre 2006

¹⁷ Pontone S. L'avenir démographique des anesthésistes-réanimateurs est-il encore compromis ? PHAR 42 www.snphar.com/data/A_la_une/phar42/dossier-phar-42.pdf

¹⁸ G. Mion S. Ricouard b Repos de sécurité: quels enjeux ? AFAR Volume 26, numéro 7-8 pages 638-648 ; 2007

¹⁹ http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/c10418_fr.htm

²⁰ Arrêté du 30 avril 2003 sur la Permanence des Soins

²¹ 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*. 2010 Aug 13.

²² Source snarf

Mais, quel que soit le secteur, public ou libéral, les mauvaises conditions de travail peuvent augmenter le risque d'erreurs. L'insatisfaction professionnelle et les atteintes à la santé apparaissent quand il y a déséquilibre entre les ressources (humaines, matérielles et organisationnelles) disponibles et les objectifs assignés. (charge de travail trop lourde, horaires trop longs, mauvaise maintenance matérielle, etc.). La **qualité du travail** réalisé et sa reconnaissance apparaissent comme les premiers facteurs de satisfaction et de préservation de la santé professionnelle.

En anesthésie réanimation, la qualité est indissociable du caractère collectif de l'organisation du travail. Les diverses formes du soutien social sont déterminantes.

Quels modèles d'analyse de la santé au travail ?

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, est sous-estimé et sans rapport avec le surmenage aigu. Décrit par Freudenberg puis par Christina Maslach²³, il s'agit d'un processus progressif, évoluant lentement sur plusieurs années, survenant chez un soignant sans antécédent psychologique. Il provient de l'utilisation répétée de mécanismes adaptatifs (voire hyper adaptatifs) pour améliorer la résilience face au stress chronique au travail. Ces mécanismes adaptatifs sont une **diminution de l'implication émotionnelle**, des **mécanismes de rationalisation** et une **adaptation de ses ambitions à la réalité**. Lorsqu'ils sont répétés, ils aboutissent à un **épuiement progressif des émotions**, au **cynisme** et à la **perte d'accomplissement personnel** qui traduit une insatisfaction profonde, puis un désarroi qui peut conduire jusqu'au suicide.

Le stress professionnel en AR a longtemps été adossé au seul risque médico-légal. En 97, Kam PCA²⁴ a montré qu'il n'en était rien. Bien plus importantes sont les conséquences d'une faible influence au travail, les mauvaises relations interpersonnelles, la faiblesse du travail d'équipe et les conflits vie privée/vie professionnelle. L'insatisfaction de ne pouvoir donner des soins correspondant aux attentes du soignant et du soigné est un facteur de stress supplémentaire au travail qui favorise la survenue de troubles de la santé. Les personnalités particulièrement investies sont à risque élevé de burnout.

Les modèles d'analyse les plus reconnus concernant les dimensions psychosociales du stress au travail sont, d'une part, le modèle de **Karasek et Theorell**^{25 26} (fig. 1) et, d'autre part, le modèle de **Siegrist**²⁷ (fig. 2). Le modèle de Karasek et Theorell évalue la demande quantitative, cognitive ou émotionnelle du travail, 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 autonomie ou influence au travail. Le soutien social vient moduler la tension au travail²⁸.

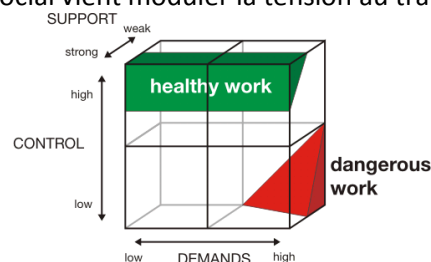


Fig 1: modèle de Karasek et soutien social : l'association demande élevée, faible contrôle et absence de soutien social au travail constitue la situation la plus dangereuse au travail

²³ Maslach, C., Susan E. Jackson (1981). The measurement of experienced burnout, Journal of occupational behaviour, Vol 2, 99-113.

²⁴ Kam PCA. Occupationnal stress in anaesthesia. Anaesth Intensive Care 1997;25:686-690

²⁵ Karasek RA. Job demands, job decisions latitude and mental strain: implications for job redesign,. Administrative Science Quaterly 1979 ; 24: 285-308.

²⁶ Karasek RA, Theorell T. Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, 1990 ; 400 p.

²⁷ Siegrist J. Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. J. Occup. Health Psychol 1996 ; 1: 27-43.

²⁸ 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 : 1336-1342.

Kinzl ²⁹ a montré que les possibilités de contrôle, d'implication et de participation sont fortement corrélées à la satisfaction de l'anesthésiste (**tableau 2**).

| Characteristics | Job satisfaction | |
|----------------------------|----------------------|-----------------------|
| | Correlation <i>r</i> | Significance <i>P</i> |
| 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 |

Tab 2 : corrélations retrouvées entre les conditions de travail et la satisfaction professionnelle chez 125 anesthésistes. Coef de corrélation *r* calculé selon Pearson)

Le modèle de Siegrist étudie le déséquilibre effort/récompense lié au travail. Il évalue la récompense comme la manifestation du respect et de l'estime de la hiérarchie et des collègues au regard du mérite du salarié.

Chez les médecins, la gratitude des patients et des familles joue aussi un rôle. C'est dire si la place des anesthésistes en péri-opératoire, dans les unités de soins, peut 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 ce moment. C'est là que se gagne maintenant l'amélioration de la morbi-mortalité opératoire. Ce sujet fait débat au sein de la société savante. Mais aussi, le MAR peut dans cet espace qu'est l'unité de soins, recevoir le bénéfice symbolique de son travail au sein de son équipe.

Le soutien dans les situations difficiles, le sentiment de justice dans les décisions prises et le salaire sont parmi les items mesurés dans le modèle de Siegrist qui introduit aussi la notion de surinvestissement au travail (effort intrinsèque).

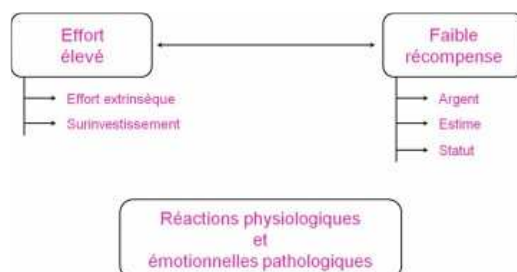


Fig 2 : le modèle du déséquilibre effort / récompense de Siegrist :

Les modèles de Karasek et de Siegrist sont aujourd'hui reconnus et validés sur de grandes cohortes. Des outils tels le Copenhagen Burnout Inventory et le Maslach Burnout Inventory sont disponibles.

²⁹ Kinzl J F Influence of working conditions on job satisfaction in anaesthetists BJA Volume94, Issue 2 Pp. 211-215

Une dynamique de travail collective, protectrice en anesthésie ?

La psychodynamique du travail permet aussi d'appréhender les mécanismes de l'identité collective de métier et les facteurs en jeu dans la préservation ou l'altération de la santé au travail^{30 31}.

L'impact de la reconnaissance perçue sur le bien-être ou la souffrance professionnelle et l'importance du lien social au travail sont aujourd'hui admis. En s'exprimant en référence à une organisation et à un travail d'équipe, le soutien social en anesthésie suppose une réciprocité et s'incorpore dans le modèle de reconnaissance de Siegrist.

Dans une approche novatrice, la **Psychodynamique du travail** (PDT) a montré que **l'identité de métier** se construisait dans le Collectif de travail, espace de construction des stratégies défensives collectives. Ces dernières permettent aux individus de composer avec les exigences de leurs situations de travail, génératrices de souffrance, pour demeurer en bonne santé, c'est à dire faire face. Les pairs portent le **jugement de beauté** sur la manière de (bien) faire le travail, selon les règles du métier reconnues dans le groupe, contribuant ainsi à donner au travail son sens subjectif. « *Cette reconnaissance symbolique, de façon distincte et non réductrice à la rémunération, permet à celui qui travaille de transformer sa souffrance en accroissement de son identité, véritable armature de la santé mentale* » affirme Christophe Dejours.

Mais l'isolement, l'individualisation des tâches, l'accroissement de la compétition au détriment des coopérations, les **initiatives managériales inadaptées** ou autoritaires peuvent altérer en profondeur le fonctionnement du groupe. **L'insuffisance du travail d'équipe** est ainsi l'un des éléments péjoratifs qui accompagnent souvent aujourd'hui une démarche productiviste dans le changement des règles du financement hospitalier. Les temps d'échanges formels, comme les staffs ou les réunions de service, les RMM (revues de morbi-mortalité) sont nécessaires à la construction de l'équipe. De manière non accessoire, les rencontres plus informelles comme les pauses quotidiennes, permettent de liquider, au jour le jour, une bonne part du stress chronique des personnels hospitaliers et donnent du sens au travail. Leur réduction et l'accélération des rythmes entraînent la réduction du lien social et favorise la survenue de l'épuisement. Dès lors, la souffrance au travail peut prendre les formes cliniques retrouvées dans le **syndrome d'épuisement professionnel**.

Les **signes comportementaux** précèdent souvent l'apparition de pathologies authentiques. Ne pas pouvoir ou savoir prendre du temps de ressourcement dans les loisirs et les activités sociales, ni maîtriser un rythme de travail acceptable, négliger les pauses alimentaires au travail, ne plus ménager son organisme par une activité physique régulière ou ajuster l'équilibre vie personnelle, familiale et vie professionnelle sont les premières perturbations comportementales de l'épuisement professionnel. Pour faire face à ce stress chronique, des **conduites à risque** sont adoptées sans différence avec les autres spécialistes.

L'enquête SESMAT

En France, l'enquête SESMAT³² conduite en 2008 auprès des médecins hospitaliers salariés³³ s'est intéressée à la **satisfaction professionnelle** et à la **santé** des médecins et pharmaciens dans les établissements de soins. L'analyse des réponses de 565 MAR, soit de l'ensemble de ceux qui ont répondu parmi les 3196 spécialistes répondants de l'enquête montre que ces derniers éprouvent des

³⁰ Christophe Dejours ; Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail Paris, Bayard, 2000

³¹ Christophe Dejours ; coopération et construction de l'identité en situation de travail. In

<http://multitudes.samizdat.net/spip.php?article638> (mise en ligne mars 1993)

³² Enquête SESMAT : santé et satisfaction des médecins au travail ; <http://www.presse-next.fr/SESMAT/>

³³ Les MAR libéraux n'ont pas été concernés par cette enquête.

difficultés à identifier leur souffrance psychologique et leur épuisement professionnel. En effet, si 15% des médecins déclarent se sentir en état d'épuisement professionnel, c'est en réalité près de 40% d'entre eux qui en sont victimes lorsqu'on mesure la prévalence avec le questionnaire de Copenhague (Copenhague Burnout Inventory).

Caractéristiques sociodémographiques des médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) :

Santé déclarée : 21,5% des MAR montrent un mauvais *score de santé perçue*. 18,2% ont déclaré un suivi médical pour *troubles musculo-squelettiques et rachialgies*. Près d'un tiers déclarent avoir des *troubles de la santé mentale* (dépression, anxiété, troubles du sommeil). Si la majorité des médecins n'y a pas recours, la prise médicamenteuse augmente avec l'âge sans que la spécialité exercée soit déterminante. La *prise de somnifères ou de tranquillisants* concerne 8,8% des MAR de 45 ans qui en prennent 2 fois par semaine ou plus.

Burnout : Un score élevé d'épuisement professionnel au *Copenhague burnout inventory* (score > 3 sur 5) concerne 38,4% des MAR. Ce score concerne aussi bien l'épuisement physique que psychologique. Pour ce qui concerne *l'épuisement dans le cadre de la relation avec les patients*, il est nettement retrouvé chez 17,3% des anesthésistes.

Cette étude révèle que les anesthésistes ne sont pas plus affectés (38,4%) que les autres spécialistes. Les facteurs de risque sont, une **pression temporelle forte** (ORaj =3,40 ; ICà 95% 1,34-8,63), **un score élevé de conflit travail/famille** (ORaj =3,12 ; ICà 95% 1,60-6,08), **un score faible de qualité du travail d'équipe** (ORaj =1,99 ; ICà 95% 1,14-3,47), et des **relations tendues dans l'équipe** (ORaj =1,92 ; ICà 95% 1,25-2,95). La **déclaration de harcèlement des supérieurs, au moins mensuelle** double presque le syndrome d'épuisement professionnel (ORaj =1,83 ; ICà 95% 1,04-3,22).

Intention d'abandonner la profession ou de changer de modalité d'exercice

16,6% des MAR déclarent avoir une *intention fréquente d'abandonner leur profession*. La **faible qualité du travail d'équipe** multiplie presque par 6 *l'intention d'abandonner la profession* (IAP) (OR=5,61 ; IC à 95% 2,09-15,06). Le **mauvais score de relations interpersonnelles au sein de l'équipe** (OR=2,45 ; IC à 95% 1,29-4,66) double la fréquence de l'IAP.

Ces chiffres se rapprochent de la littérature. Une récente étude française (N. Libert) à partir des 1603 réponses à un questionnaire mis en ligne en 2009 sur le site de la SFAR 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. Toutefois, cette étude était conduite chez les infirmiers et médecins anesthésistes, réanimateurs et les urgentistes chez lesquels l'enquête SESMAT avait aussi trouvé un score d'épuisement particulièrement élevé.

Dans cette même étude, 37 % de répondants ont déclaré être traités pour anxiété, 20 % pour dépression, 8,1 % pour syndrome de stress post-traumatique ; 11 % prendre des anxiolytiques, 10 % des antidépresseurs, 9 % des somnifères.

Une sous-estimation de l'épuisement professionnel

S'agissant de l'épuisement professionnel, lequel n'atteint heureusement pas la majorité des MAR, tout indique que sa **sous-estimation comporte de réels dangers** individuels ou systémiques. Ils peuvent se traduire par des atteintes progressives à la santé du praticien. Des comportements inadéquats sont constatés sur le lieu de travail, générant alors inéluctablement une baisse de la

performance, de la qualité ou de la sécurité pour le patient, mais aussi, une augmentation globale des coûts.

Par ailleurs, le taux de fuite, i.e. le départ prématuré de l'établissement, voire même, de la profession est un risque et parfois la seule solution individuelle trouvée par le praticien confronté à cette atteinte si particulière et, ici, méconnue, de sa santé. Sans parler des **risques médico-légaux** encourus par l'institution et par le praticien dont on a vu qu'ils avaient souvent été, ailleurs, la première justification des programmes de recherche, de prévention ou de réhabilitation.

Ces éléments plaident pour le **développement de l'information** sur les risques professionnels, et ici, psycho-sociaux, depuis les premières années d'étude, jusqu'à la formation médicale continue. Une prise en compte institutionnelle des facteurs de risques et un dépistage plus systématique par des évaluations régulières semblent une évidence que notre culture devrait à présent intégrer.

Conclusion :

L'enquête **SESMAT** montre que, loin d'être un fantasme, **les risques psycho-organisationnels au travail sont une réalité d'aujourd'hui**. Cette réalité n'est pas une fatalité pour les professionnels à haute valeur ajoutée que sont les anesthésistes réanimateurs. A l'initiative du Collège, la récente enquête SMART a montré que parler ouvertement de ces risques n'altérerait pas l'image de la spécialité.

La **SFAR** et le **CFAR**, dans toutes ses composantes, marquent leur préoccupation dans ce domaine. En 2009, la commission Santé du Médecin Anesthésiste Réanimateur au Travail (**SMART**) du CFAR a été chargée d'élaborer des réponses aux interrogations que se pose aujourd'hui notre profession. Des propositions seront formulées d'ici la fin de l'année 2011. La SFAR a engagé un partenariat avec le Pôle Santé du Médiateur de la République pour améliorer la prise en charge des praticiens impliqués dans une difficulté médico-légale. Enfin, la création par le **SNPHAR-e** d'un **Observatoire de la Souffrance au Travail des Médecins Hospitaliers** est une nouvelle opportunité de briser l'isolement des anesthésistes quand il existe.

Toutefois, malgré de fortes contraintes de stress chronique (pression temporelle, gardes, durées de travail > 50 heures, etc.), **les anesthésistes réanimateurs ne sont pas plus touchés que les groupes de comparaison de l'enquête SESMAT**. Ce fait notable et rassurant pourrait relever chez eux d'une **culture de Métier** que l'on sait plus collective où le lien social au travail s'exprimerait mieux. D'autres études sont nécessaires pour valider l'hypothèse de mécanismes spécifiques de coopération chez les anesthésistes. Cette spécificité devrait alors faire l'objet d'une attention et d'une promotion particulières.

M-A Doppia Praticien Hospitalier Anesthésiste Réanimateur (Secrétaire Général Adjoint du SNPHAR-E, Conditions de travail, Santé) CHU Caen avenue de la Côte de Nacre F-14 033 Caen cedex 09

Remerciements à **M Estry-Behar** Praticien Hospitalier, Médecin du travail, Ergonome, SCMT APHP Hôtel-Dieu ; 1, Place du Parvis Notre Dame F-75181 PARIS Cedex 04

Et à **Clémentine Fry** et **Khalil Guetarni** (statisticiens de l'enquête SESMAT) et aux membres du COPIL SESMAT