

# LE STRESS DE L'ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

## **Maïa Ponchet, Thomas Geeraerts**

Pôle Anesthésie Réanimation, Equipe d'accueil « Modélisation de l'agression tissulaire et nociceptive », Université Paul Sabatier et Institut Fédératif de Recherche 150, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France. Coordination d'Anesthésie, Hôpital Purpan, Place du Dr Baylac, 31059 Toulouse cedex 9. E-mail: geeraerts.t@chu-toulouse.fr

## **INTRODUCTION**

L'anesthésie réanimation est une discipline médicale qui s'attache à prendre en charge les patients présentant des pathologies graves, susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital. La confrontation à la douleur, à l'angoisse, et à la mort provoque des émotions et des affects qui sont des événements traumatisants tant pour les malades et leur famille que les soignants. La crainte de problèmes médico-légaux est également un facteur de stress chronique en anesthésie-réanimation. Le travail peut alors devenir générateur de stress dont les conséquences pour les soignants peuvent être importantes. Des études récentes ont montré que le « burnout » ou syndrome d'épuisement professionnel était particulièrement élevé en réanimation tant pour les médecins que les infirmier(e)s [1, 2]. Cet épuisement professionnel peut avoir des effets importants tant sur le plan collectif (arrêt de travail) qu'individuel (conduites addictives, état dépressif pouvant aller jusqu'au suicide). Le stress engendré par le travail et ses conséquences ont été longtemps sous-estimés voire même méprisés. Ils font aujourd'hui l'objet d'une attention particulière dans les professions exposées dont les professions médicales font partie, en particulier chez les anesthésistes réanimateurs, qui semblent être une population particulièrement à risque.

## **1. QUELQUES DÉFINITIONS ET CONCEPTS**

### **1.1. LE STRESS**

Le stress (« contrainte » en anglais) est l'ensemble des réponses d'un organisme soumis à des contraintes environnementales. Le stress chez l'homme correspond à la fois à la contrainte et aux processus physiologiques mis en place pour s'y adapter. Le stress est donc une réaction physiologique, pas nécessaire-

ment délétère à court terme, permettant de s'adapter à l'évènement contraignant rencontré. Il est une part inévitable de notre vie sociale et professionnelle. En cas de stress chronique, répété et important les conséquences à long terme peuvent toutefois être négatives. Le stress présente donc une composante ambivalente. Le stress positif ou aidant (« eustress » en anglais) survient lorsque le niveau de tension et la réponse physiologique sont adaptés à la contrainte. Le stress négatif, nuisible ou gênant (« dystress ») est observé lorsque la réponse n'est pas adaptée, disproportionnée, avec le plus souvent une sur-réactivité.

Les approches physiologiques du stress ont permis de définir trois phases successives en réponse à une contrainte : la phase d'alarme, la phase de réaction puis celle d'épuisement. La phase d'alarme s'observe initialement lors d'un évènement contraignant lorsque notre organisme ne s'est pas encore adapté. La réponse physiologique est une stimulation du système nerveux sympathique, une libération des hormones de l'axe corticotrope, d'adrénaline et de noradrénaline. Un stress intense peut ainsi provoquer une myocardite adrénergique transitoire appelée syndrome de tako-tsubo. La phase de résistance s'observe lorsque le stimulus persiste. L'organisme met alors en jeu des phénomènes adaptatifs multiples (endocriniens, cardiovasculaires, neuropsychiques). La phase d'épuisement survient lorsque les contraintes persistent longtemps et lorsque les phénomènes adaptatifs sont dépassés ou épuisés.

Chaque individu possède des ressources personnelles face au stress. Différents types de personnalités ont été décrits avec des réponses très différentes face au stress. Un comportement de type A correspondrait aux sujets ayant un sentiment fort de compétitivité et d'hostilité, alors qu'un comportement de type B correspondrait plutôt aux sujets attachant de l'importance au temps libre, au plaisir et à la réalisation de soi. Le type A exposerait à des réactions aux contraintes exacerbées. La réaction au stress dépend également de l'expérience accumulée lors de situations comparables. Une première expérience est en règle générale plus stressante.

Les individus mettent en place des stratégies visant à faire face au stress, le « coping » en anglais (« to cope with » faire face à). Lazarus a ainsi décrit les capacités à « faire face » ou « coping » comme l'ensemble des pensées et des actes développés par le sujet pour résoudre les problèmes auxquels il est confronté et ainsi de réduire le stress qu'ils engendrent [3]. Ces processus peuvent être conscients ou inconscients. Ainsi les réactions d'évitement, de fuite, d'agressivité, d'humour, de logorrhée ou de mutisme font partie de ces stratégies dont le but est de faire face à un stress psychologique.

## **1.2. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

Depuis plusieurs décennies est apparu dans les pays anglo-saxons et européens un nouveau concept permettant de définir l'état de surmenage professionnel : le burnout. Ce syndrome encore appelé « syndrome d'épuisement professionnel » est récemment devenu un sujet d'actualité en France. Ce concept est né dans les années 1970 aux Etats-Unis. L'approche de Christina Maslach (chercheur en psychologie sociale) s'est rapidement imposée comme une des références dans ce domaine [4]. Elle définit le burnout comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail ». Le terme burnout fait référence à l'image d'une bougie qui se consomme, et qui juste avant de s'éteindre produit une dernière

flamme intense. La théorie la plus reconnue implique une différence entre les attentes et l'investissement du sujet pour son travail et les récompenses ou retombées obtenues. Il survient donc souvent chez des sujets ayant un investissement important pour leur travail. Il a d'ailleurs été initialement décrit chez des travailleurs sociaux ayant un très fort investissement professionnel.

Ce syndrome est structuré autour de trois grandes dimensions :

- L'épuisement émotionnel  
Il se traduit par une sensation de vide, de fatigue affective au travail non amélioré par le repos. C'est la composante clé du syndrome. Cet évitement relationnel va alors conduire à la deuxième phase du burnout, la dépersonnalisation.
- La dépersonnalisation  
C'est une tendance à la déshumanisation de la relation à l'autre. L'individu se détache avec cynisme et développe une attitude négative et insensible envers les autres. Celle-ci permet de faire face à l'épuisement. Vidé de son énergie, incapable de répondre aux demandes du patient, le professionnel bloque l'empathie qu'il peut éprouver à son égard. C'est un mode de protection qui permet au sujet de continuer à travailler mais qui est ressenti douloureusement, comme une forme d'échec personnel et professionnel, conduisant à la troisième phase du burnout.
- La diminution de l'accomplissement personnel  
Ce sentiment est la résultante des deux autres phases. Ainsi apparaissent démotivation, culpabilité et auto-dévalorisation. Nait alors un profond sentiment d'échec par rapport à un idéal de réussite professionnelle. Les conséquences sont variables : absentéisme, abandon du travail, erreurs professionnelles, inefficacité, dépression.

Les instruments d'évaluation du burnout sont nombreux mais celui qui s'est imposé comme la référence « quasi obligatoire » est le MBI ou Maslach Burn Out Inventory, créé en 1981 par C. Maslach et Jackson [5] (Annexe 1).

Il se compose de 22 items évaluant les trois dimensions du burnout. Pour chaque item, il est demandé de répondre en termes de fréquence, de 0 (jamais) à 6 (chaque jour). Le concept de burnout est une variable continue allant de faible, modéré puis élevé.

Un haut degré de burnout est alors reflété par des scores élevés sur les sous-échelles d'épuisement et de déshumanisation et faibles sur celle de l'accomplissement personnel. Un degré moyen correspond à des scores modérés des trois sous échelles.

L'épuisement se score entre 0 à 54 (faible  $\leq$  17, modéré entre 18 et 29, élevé dès 30), la dépersonnalisation entre 0 à 30, (faible  $\leq$  ou égal à 5, modéré entre 6 et 11, élevé dès 12 ou plus) et l'accomplissement entre 0 et 48 (faible  $\leq$  ou égal à 34, modéré entre 35 et 39, élevé dès 40).

## 2. INCIDENCE DU BURNOUT EN MILIEU MÉDICAL

Devant l'intérêt grandissant de ce concept et les conséquences qui en découlent, de nombreuses études ont été réalisées dans le milieu médical, tant en Europe qu'en Amérique du Nord.

Le burnout a été décrit dans de nombreuses spécialités médicales (médecine générale, chirurgie, anesthésie, réanimations, oncologie) avec une incidence allant de 20 % à 50 % [6-12]. Par exemple, les médecins généralistes français seraient

touchés dans plus de 30% des cas [13]. Par ailleurs, dans les unités d'oncologie ou de traitement palliatif, un épuisement professionnel élevé est retrouvé pour 53 % des médecins et 37 % du personnel soignant [14-16].

### Annexe 1 : L'inventaire de burnout selon Maslach

Numérisation des réponses	Dépersonnalisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jamais</li> <li>• Quelques fois par an</li> <li>• Une fois par mois</li> <li>• Quelques fois par mois</li> <li>• Une fois par semaine</li> <li>• Quelques fois par semaine</li> <li>• Tous les jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je sens que je m'occupe de certains patients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.</li> <li>• Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.</li> <li>• Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.</li> <li>• Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves.</li> <li>• J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes.</li> </ul>
Fonctionnement : évaluer les affirmations des tableaux 1, 2 et 3 à l'aide de l'échelle si dessus, pour chaque évaluation additionner la valeur de l'échelle au score du tableau, interpréter le score du tableau	<b>Interprétation du score</b>  <b>0          6          12</b>
<b>1. Épuisement professionnel</b>	<b>3. Accomplissement personnel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail</li> <li>• Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail</li> <li>• Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.</li> <li>• Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.</li> <li>• Je sens que je craque à cause de mon travail.</li> <li>• Je me sens frustré(e) par mon travail.</li> <li>• Je sens que je travaille «trop dur» dans mon travail.</li> <li>• Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.</li> <li>• Je me sens au bout du rouleau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je peux comprendre facilement ce que mes patients /clients/élèves ressentent.</li> <li>• Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves.</li> <li>• J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.</li> <li>• Je me sens plein(e) d'énergie.</li> <li>• J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves.</li> <li>• Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves</li> <li>• J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.</li> <li>• Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.</li> </ul>
<b>Interprétation du score</b>  <b>0          18          30</b>	<b>Interprétation du score</b>  <b>0          34          40</b>

### 3. STRESS ET BURNOUT EN ANESTHÉSIE RÉANIMATION

Peu d'études ont examiné sur des critères objectifs le stress chez les anesthésistes [17]. Malmberg et al. [18] ont observé une modification significative de la TSH après une nuit de garde chez les anesthésistes ou chez les chirurgiens pédiatres. La plupart des études ont utilisé des questionnaires d'auto-évaluation du stress. Les principaux signes déclarés par les anesthésistes sont l'irritabilité,

troubles du sommeil, les nausées, les troubles de l'attention et la mémoire, la fatigue chronique, l'anxiété, et les cauchemars [19, 20].

### 3.1. LES MÉDECINS EN ANESTHÉSIE ET EN RÉANIMATION ET LE BURNOUT

Une étude récente sur 193 anesthésistes réanimateurs français a retrouvé une incidence du burnout professionnel de 17 % avec une fréquence élevée de l'épuisement professionnel et de la diminution de l'accomplissement personnel [21]. Une autre étude portant sur 151 anesthésistes a montré un niveau de burnout élevé chez environ 40 % d'entre eux [22]. Chez les réanimateurs, sur un échantillon de 978 praticiens, 46 % présentaient un épuisement émotionnel élevé [1].

### 3.2. LE PERSONNEL SOIGNANT

Une étude française a étudié l'incidence du burnout chez le personnel soignant de réanimation sur 2 392 participants (81 % d'infirmières, 14 % d'aides soignants et 5 % de cadres). Elle retrouvait un épuisement professionnel sévère dans 33 % des cas [2]. Aux Etats Unis, Mealer a évalué l'état de stress post-traumatique chez les infirmières de soins intensifs et en secteur général. Sur 491 participantes, un burnout était mis en évidence chez 24 % des soignants de soins intensifs contre 14 % pour les autres secteurs [23].

Au total, le syndrome d'épuisement professionnel semble être fréquent chez l'ensemble du personnel médical et paramédical en anesthésie réanimation. Il toucherait ainsi entre 25 à 50 % des médecins selon les études [1] et entre 20 et 40 % du personnel paramédical [2].

## 4. FACTEURS DE RISQUE D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Une personnalité perfectionniste, inflexible, avec isolement affectif et incapacité à se relaxer favoriserait l'émergence d'un burnout [24]. Pour Maslach, les différentes composantes du syndrome pourraient être réparties inégalement entre les deux sexes [4]. Les femmes souffriraient plus d'épuisement émotionnel tandis que les hommes déshumaniseraient plus les relations et souffriraient plus d'un manque d'accomplissement personnel. C'est peut-être pourquoi le sexe n'est pas toujours retrouvé comme facteur de risque dans l'analyse globale du burnout.

La jeunesse constitue un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de l'épuisement professionnel. Ceci a été souvent retrouvé dans les professions médicales, avec un risque élevé de burnout chez les internes [25].

La surcharge de travail est fréquemment associée au burnout dans les différentes études [1, 26]. En particulier, un des facteurs de risque principal semble être le nombre de garde par mois [1].

Enfin, la qualité des relations humaines joue un rôle important dans l'apparition du syndrome. Les conflits entre les membres du personnel, en réanimation ou au bloc opératoire sont des facteurs favorisants pour certaines études [1].

## 5. LES CONSÉQUENCES DU STRESS PROFESSIONNEL ET DU BURNOUT

Un stress professionnel chronique élevé peut conduire à des conduites addictives, des perturbations du sommeil (le plus souvent insomnie), des pathologies

cardio-vasculaires, des dépressions, une sensation de mal-être, des conflits conjugaux, voire des conduites suicidaires. Les anesthésistes ont un risque de suicide plus élevé que les internistes (risque relatif 1,45) et en particulier de mort liées à l'utilisation de médicament (risque relatif de 2,79) [27]. Les anesthésistes semblent avoir une espérance de vie plus courte que les internistes ou que les autres spécialités médicales [28].

Un burnout des professionnels de santé peut de même conduire à une diminution de la qualité des soins, une hostilité vis-à-vis des patients, et des erreurs médicales par désinvestissement ou épuisement [29].

## **6. LES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT**

Plusieurs points ont été abordés dans les différentes études afin de limiter l'incidence du burnout. Le plus souvent il s'agit de mesures simples et de bon sens de management des équipes.

### **6.1. ORGANISATION COLLECTIVE**

- L'organisation du travail :  
La participation du personnel paramédical à l'élaboration des plannings [2], un meilleur respect du temps de travail et la réduction des heures supplémentaires seraient un facteur protecteur.
- La valorisation du travail réalisée grâce à une reconnaissance professionnelle sociale, au sein de l'équipe et grâce à la participation de tous à des groupes de recherche clinique serait bénéfique [2].
- Renforcer et promouvoir le travail d'équipe  
Une équipe solidaire est nécessaire pour assurer une qualité de soins. Elle doit avoir des objectifs clairs (individuels et collectifs), et permettre de promouvoir les différences de chacun. Les membres de cette équipe doivent s'efforcer de prendre en considération les opinions des professionnels de différents statuts [30].
- Améliorer la communication  
Staffs réguliers avec participation de tous, discussions, implications et explications des décisions thérapeutiques, notamment en fin de vie seraient des axes à développer afin de renforcer la cohésion au sein des unités [2]. Le développement de groupes de paroles au sein de l'unité, afin de favoriser des temps d'échange sur différents sujets, exprimer son vécu, ses difficultés, sans crainte d'être jugé et ainsi renforcer l'esprit d'équipe.
- La présence d'un psychologue spécifique au service  
Des groupes de paroles organisés par des psychologues existent déjà dans des unités de cancérologie, de réanimation pédiatrique et commencent à se développer dans les unités de réanimation adulte. Il n'est certainement pas nécessaire de suivre par un psychologue tout le personnel mais il peut être judicieux d'organiser des groupes de discussion à la demande après des épisodes difficiles ou des morts à répétition.

### **6.2. MOYENS INDIVIDUELS**

Des règles hygiéno-diététiques simples sont conseillées par Freudenbergier afin de prévenir le burnout (vie saine, repas et horaires de sommeil réguliers). Il recommande des périodes de repos toutes les quatre semaines [31].

L'investissement dans un loisir, un sport ou une activité sociale permettrait de renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe social et favoriserait l'affirmation de soi.

La relaxation, la sophrologie, le yoga permettrait également d'apprendre à mieux maîtriser les différents aspects de notre personnalité et d'améliorer le contrôle de nos réactions.

Enfin, une prise en charge thérapeutique spécialisée est nécessaire pour les individus souffrant du burnout. Un dépistage des sujets à risque est nécessaire par l'encadrement.

## CONCLUSION

Le burnout est défini comme un syndrome d'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et de réduction de l'accomplissement personnel. Il est particulièrement fréquent chez les personnels de la santé pouvant atteindre 40 % dans des spécialités comme la réanimation. Les conséquences de l'épuisement professionnel sont importantes pouvant aller jusqu'au suicide ou l'erreur médicale. Ceci doit être pris en compte dans la gestion des équipes, en particulier en anesthésie réanimation, où la répétition de stress et les contraintes sont importantes. Les solutions doivent associer des mesures préventives – y compris les changements de l'environnement de travail si nécessaire – avec l'apprentissage de techniques personnelles de gestion du stress professionnel.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:686-692.
- [2] Poncet MC, Toullic P, Papazian L, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:698-704.
- [3] Lazarus RS. The psychology of stress and coping. *Issues Ment Health Nurs* 1985;7:399-418.
- [4] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- [5] Maslach C, Jackson S, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: consulting Psychologists Press. 1996.
- [6] Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000;69:329-334.
- [7] Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia* 2003;58:339-345.
- [8] Jackson SH. The role of stress in anaesthetists' health and well-being. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999;43:583-602.
- [9] McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med* 2004;2:29.
- [10] Graham J, Ramirez AJ, Cull A, Finlay I, Hoy A, Richards MA. Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliat Med* 1996;10:185-194.
- [11] Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-728.
- [12] Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Timothy AR. Stress at work for the clinical oncologist. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1996;8:137-139.
- [13] Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burn out among French general practitioners. *Presse Med* 2004;33:1569-1574.
- [14] Elit L, Trim K, Mand-Bains IH, Sussman J, Grunfeld E. Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologists. *Gynecol Oncol* 2004;94:134-139.

- [15] Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000;163:166-169.
- [16] Grunfeld E, Zitzelsberger L, Coristine M, Whelan TJ, Aspelund F, Evans WK. Job stress and job satisfaction of cancer care workers. *Psychooncology* 2005;14:61-69.
- [17] Kain ZN, Chan KM, Katz JD, et al. Anesthesiologists and acute perioperative stress: a cohort study. *Anesth Analg* 2002;95:177-183.
- [18] Malmberg B, Persson R, Jonsson BA, et al. Physiological restitution after night-call duty in anaesthesiologists: impact on metabolic factors. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:823-830.
- [19] Kuczkowski KM. Sleepless in the operating theater: chronic fatigue and burnout in anesthesia. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2007;54:133.
- [20] Lindfors PM, Nurmi KE, Meretoja OA, et al. On-call stress among Finnish anaesthetists. *Anaesthesia* 2006;61:856-866.
- [21] Chiron B, Michinov E, Olivier-Chiron E, Laffon M, Rusch E. Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *J Health Psychol*;15:948-958.
- [22] Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2003;90:333-337.
- [23] Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:693-697.
- [24] Riley GJ. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *Med J Aust* 2004;181:350-353.
- [25] Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004;292:2880-2889.
- [26] Businger A, Guller U, Oertli D. Effect of the 50-hour workweek limitation on training of surgical residents in Switzerland. *Arch Surg*;145:558-563.
- [27] Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000;93:922-930.
- [28] Katz JD. Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. *Anesth Analg* 2004;98:1111-1113.
- [29] Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2009;251:995-1000.
- [30] Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003;31:956-959.
- [31] Freudenberg HJ. L'épuisement professionnel: la brûlure interne. Paris : Morin 1980.