



Les conditions de travail et leurs effets sur l'activité et la santé des médecins anesthésiste-réanimateur en consultation pré-anesthésique

Working conditions and their effects on the activity and health of anesthesiologist-resuscitators in pre-anesthetic consultations

Dr. Samira Toumi

Département de psychologie, université d'Alger 2.

Date de soumission: 06-05-2019 - Date d'acceptation: 11-06-2019

Date de publication: 05-01-2020

ملخص

يهدف هذا المقال إلى تبيان كيف تؤثر ظروف العمل على نشاط أطباء التخدير والإنعاش خلال الفحص ما قبل التخدير، وفي نفس الوقت يمكن أن يكون لها تأثير أيضا على صحتهم. تمت هذه الدراسة في مصليحتين للجراحة العامة تابعة لمركزين جامعيين بالجزائر العاصمة، وتهدف إلى تحليل نشاط فريق من أطباء التخدير خلال تكفلهم بالمرضى، في مرحلة الفحص ما قبل التخدير ومرحلة التخدير في غرفة العمليات. حيث أظهرت النتائج أن نشاط الطبيب المخدر يتأثر بشكل متكرر بعوامل خارجية التي تفرض عليه جملة من الإرغام التي تضاف إلى المتطلبات التي يفرضها النشاط. كل هذه العوامل لها عواقب مهمة على رفاهية الأطباء التخدير وصحتهم.

الكلمات الدالة: التخدير؛ النشاط خلال الفحص ما قبل التخدير؛ العمل الجماعي؛ ظروف العمل؛ النتائج على الصحة.

Résumé

Le présent article a pour objectif, de montrer comment les conditions de travail peuvent avoir un impact important sur l'activité des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs (MAR) en consultation pré-anesthésique, mais aussi avoir des effets sur leur santé. L'étude s'est déroulée dans deux services de chirurgie générale qui dépendent de deux centres Hospitaliers Universitaire (CHU) de la capitale d'Alger. L'objectif était d'analyser l'activité des équipes anesthésiques dans les deux phases du processus anesthésique, à savoir la Consultation Pré-anesthésique (CPA) et le bloc opératoire. Les résultats présentés montrent que l'activité du MAR en consultation est constamment perturbée par des facteurs externes. Face aux exigences de l'activité des MAR, toutes ces contraintes

impliquent des conséquences importantes sur leur bien-être et leur santé

Mots clés: anesthésie; activité en consultation pré-anesthésique; travail collectif; conditions de travail; effets sur la santé

Abstract

This article aims to show how working conditions can affect the activity of anesthesiologists and resuscitation during pre-anesthesia examination, but also can have an impact on their health. The study was conducted in two general surgery departments of two university centers in Algiers. The purpose of the study is to analyze the activity of the anesthesia team during the patient care process, in the pre-anesthesia examination stage and the anesthesia stage in the operating room. The results showed that the physician's activity is frequently influenced by external factors, forced to add to the requirements imposed by the activity. All of these factors have important consequences for the well-being and health of anesthetic doctors.

Keywords: anesthesia; activity during pre-anesthesia examination; teamwork; working conditions; health outcomes.

Introduction

En psychologie du travail, l'activité de l'opérateur est déterminée par plusieurs facteurs, les facteurs internes qui ont une relation directe avec la personne, entre autres ses compétences et les facteurs externes qui ont une relation avec la vie au travail et la vie hors travail (Curie, Hajjar 1987).

L'analyse de l'activité en anesthésie suscite un intérêt important vu les exigences de celle-ci. Elle reste au centre d'intérêt des chercheurs en ergonomie, d'une part parce que le processus à gérer est dynamique, évolutif (avec ou sans l'action de l'homme), instable et donc délicat à contrôler, d'autre part parce que la gestion du processus dans les environnements dynamiques tels que l'anesthésie, demeure la tâche essentielle de l'homme, quel que soit le niveau de technicité et d'automatisation (monitorage).



Quelle que soit la chirurgie et son mode de pratique, ambulatoire ou intra- hospitalière, l'évaluation pré anesthésique requiert une attention particulière de l'état de santé du patient, afin de minimiser au maximum le risque que pourrait encourir ce dernier durant la chirurgie.

L'anesthésie est considérée comme une situation de contrôle de processus rapide (Amalberti, 2003a). Elle est une activité de supervision et de contrôle d'une situation dynamique, dans laquelle le risque constitue un paramètre important. Il s'agit d'intervenir sur un système complexe et délicat qu'est le corps humain. Ces interventions se font dans une situation évolutive, qui se caractérise par des sources de variations nombreuses, en particulier l'état du patient, les actes du chirurgien et l'instrumentation utilisée.

Cette activité exige un travail mental très important de la part de l'anesthésiste, qui doit tenir compte de l'ensemble de ces sources de variation pour maintenir le processus physiologique du patient dans des limites acceptables pour sa sécurité. Pour cela, il doit à la fois traiter de l'information, construire des représentations, planifier et prendre des décisions, quand il faut résoudre un problème.

Dans le domaine de l'anesthésie, la complexité du système est associée à tout acte anesthésique, qui représente un risque potentiellement grave pour le patient, du fait que les connaissances médicales sont nécessairement incomplètes et que des événements imprévisibles peuvent survenir à des moments indéterminés. En plus, l'état du patient est influencé à la fois par les actions des anesthésistes, des chirurgiens et par des facteurs liés à sa propre nature physiologique. Les paramètres de sa surveillance sont nombreux et ils peuvent éventuellement interagir. Certaines informations sur l'état du système doivent être obtenues indirectement ou inférés, car la physiologie humaine est souvent présentée comme un réseau de sous systèmes reliés (cardio-vasculaire, respiratoire, nerveux, hépatique etc.).

Les défaillances d'un composant en amont peuvent avoir des effets multiples en aval. En plus de cette complexité et dynamique qui réclament toujours l'intervention de l'homme, ces systèmes sont aussi connus comme étant des processus à risques: un risque externe qui est propre au processus et qui peut changer d'une situation à une



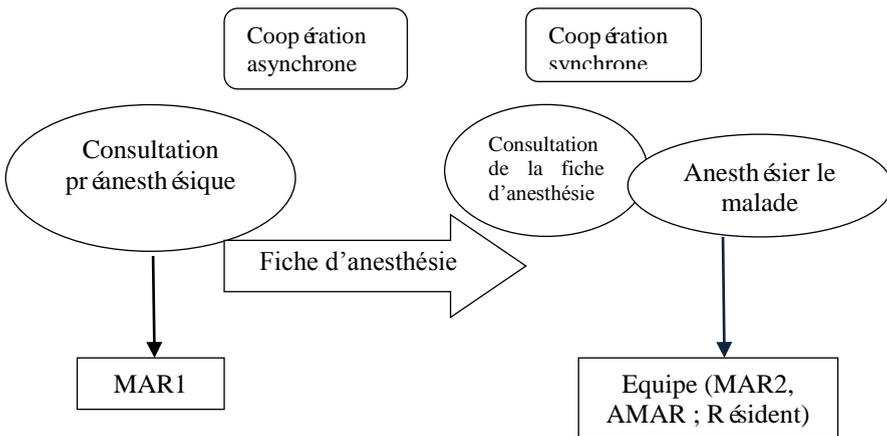
autre ; un risque interne qui correspond à un risque subjectif, cognitif et qui est propre à chaque sujet. Ce dernier est traduit par la peur de se tromper, d'être en échec par manque de savoir faire, ou de ne pas savoir gérer la situation et de perdre la maîtrise de l'action (Amalberti 1996).

S'ajoute à ces exigences la dimension collective du travail, qui nécessite l'intervention de plusieurs professionnels (MAR, AMAR) dans des phases différentes et à distance via des médiateurs, en l'occurrence la fiche d'anesthésie.

1. Cadre théorique

La conduite d'une anesthésie générale nécessite un travail préalable. En effet, la prise en charge du patient se fait à partir de trois phases (Nyssens, 1997), la période préopératoire, la période per-opératoire qui implique l'induction et l'entretien de l'anesthésie et enfin le post-opératoire (le réveil). Ces trois phases se suivent et se complètent et montrent que le processus anesthésique débute bien avant le travail au bloc (fig.1).

Fig. 1: Schéma explicatif du processus anesthésique, les intervenants et le type de coopération



Au cours de la phase préopératoire l'anesthésiste fait en sorte de connaître le malade, dans le but d'évaluer l'état du patient, pour avoir les éléments essentiels en vue de le préparer à l'intervention



chirurgicale. À partir de cette phase, l'anesthésiste évalue le risque anesthésique pour réduire la mortalité et la morbidité per-opératoire. Cette phase concerne la consultation préopératoire, à partir de l'examen du dossier médical du patient, pour connaître l'affection chirurgicale actuelle et les pathologies médicales associées.

A travers l'interrogatoire qui comprend l'entretien avec le patient, l'anesthésiste doit réunir des informations sur les opérations et les anesthésies antérieures, sur les habitudes sociales (tabagisme, ou autre), les antécédents d'allergies, d'asthme, d'hypertension, de maladie cardiovasculaire ou d'affection respiratoire. En fonction du cas, l'anesthésiste peut ordonner des examens de laboratoire complémentaires. Par ailleurs, l'examen clinique, à partir d'une auscultation cardio-pulmonaire, une pression artérielle et l'examen physique du patient (ouverture de bouche, dentition, faciès et cou) vise à rechercher les difficultés d'intubation.

Ces trois étapes représentent la base du recueil des données qui lui permettent le choix de la stratégie de soins pré, per et post anesthésiques qui conviennent à l'état du patient. La phase préopératoire permet aussi à l'anesthésiste de déterminer la prémédication. Ces médicaments ont pour but de calmer l'anxiété du patient et de faciliter l'induction d'anesthésie. Tous les éléments recueillis dans cette phase doivent être repris sur une fiche d'anesthésie qui représente par la suite un support de travail très important.

La consultation pré anesthésique est donc considérée comme une étape importante dans le recueil d'informations, l'évaluation des risques et la planification de l'action, elle peut être réalisée par un médecin qui ne sera probablement pas programmé pour mener l'anesthésie au bloc, pour des raisons organisationnelles propres au service et/ou à l'hôpital.

Les études menées dans le domaine montrent que le but principal de l'activité de l'anesthésiste en consultation est d'interférer positivement avec l'activité de l'anesthésiste en charge du bloc (Anceaux et al, 2001). La majorité des informations transmises permet la gestion du référentiel commun, plus particulièrement l'élaboration d'une représentation permettant de choisir le plan adéquat.



Les informations recueillies sont notées de manière opérative et organisée spécialement sur la fiche en fonction de leurs utilités dans la prise en charge du patient. Même si les informations de la fiche ne donnent pas explicitement d'informations sur le plan à mettre en œuvre, elles sont structurées de sorte à s'intégrer directement dans le plan anesthésique sans imposer à l'anesthésiste de bloc une activité de compréhension coûteuse. Toute cette activité de gestion d'interférences et de coordination se base sur l'existence d'un langage opératoire entre confrères.

La consultation préanesthésique remplit des fonctions multiples: évaluation du patient et des risques péri-opératoires qu'il présente, choix non seulement de la technique d'anesthésie la mieux adaptée à la situation, mais aussi de la stratégie transfusionnelle et enfin de l'information du patient. Celle-ci, humainement et déontologiquement souhaitable, est devenue nécessaire sur le plan médico-légal en raison de la jurisprudence récente. Les éléments de l'information sont regroupés, avec les données médicales obtenues lors de la consultation, dans le dossier d'anesthésie.

1.1. Les contraintes comme résultante des conditions de travail

L'activité de l'opérateur humain dépend forcément des conditions de travail, qui d'après Leplat et Cuny (1977) regroupent «l'ensemble des facteurs déterminant la conduite du travailleur». Les facteurs déterminants sont constitués par les exigences qui sont imposées à l'opérateur (critères d'évaluation, conditions d'exécution...), et les caractéristiques de l'opérateur (physiques, de personnalité, niveau intellectuel et de connaissances, formation antérieures, etc.)

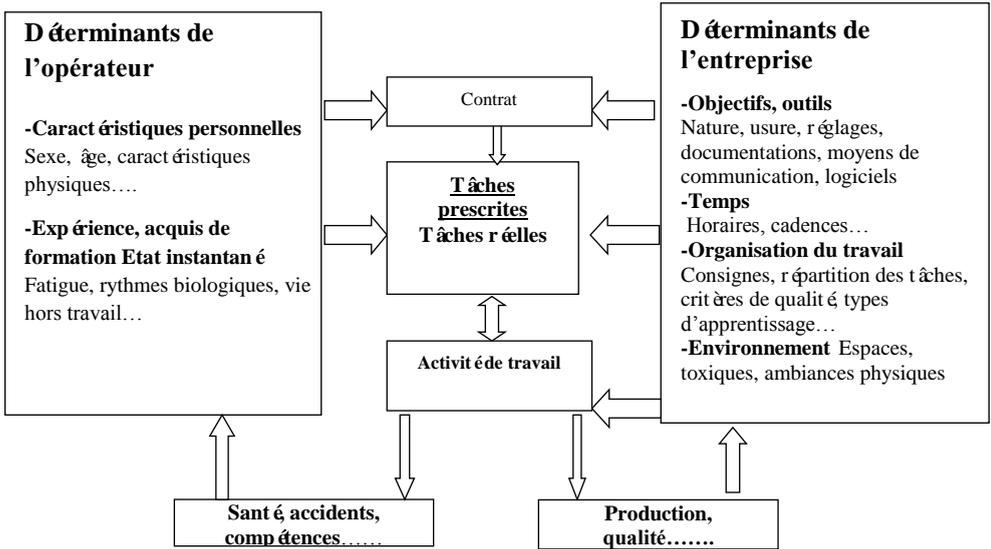
L'activité de travail est l'élément central organisateur et structurant les composantes de la situation de travail. Elle est une réponse aux contraintes déterminées extérieurement au salarié. Les déterminants de l'activité de travail sont définis d'un côté, par les travailleurs avec leurs caractéristiques et d'un autre côté par l'entreprise avec ses règles de fonctionnement.

Le cadre de réalisation du travail au centre, on retrouve ce qui contribue à l'organisation des déterminants internes et externes, c'est-à-dire le statut du travailleur, la tâche qui représente la



prescription et l'activité qui représente la manière dont un travailleur atteint les objectifs fixés par l'entreprise. Les résultats de l'activité de travail sont en étroite relation avec la production (d'un point de vue plus quantitatif que qualitatif), mais aussi par rapport aux conséquences de celle-ci sur les travailleurs (Fig. 2).

Fig. 2 : Les déterminants de l'activité de travail (Guérin et al, 2007)



Notre propos porte principalement sur les contraintes externes du travail. Ces facteurs représentent des déterminants importants pour l'activité des MAR en consultation. Ils ont une relation directe avec les exigences du travail et l'impact sur la vie au travail et la vie hors travail (Curie et Hajjar 1987), et contribuent ainsi à créer des contraintes supplémentaires pour les MAR.

Les conditions dans lesquelles l'homme est amené à travailler, constituent des contraintes qui représentent un facteur de charge pour l'opérateur (Monod, Kapitanak, 1999).

Ces contraintes sont les résultats de caractéristiques techniques et organisationnelles de l'organisation, qui est tenue par des obligations économiques et/ou sociales, qui à leur tour déterminent les moyens à utiliser et les résultats à atteindre. Ce qui se répercute forcément sur l'activité de l'opérateur au travail.



1.2. Les effets des conditions de travail sur la santé des MAR

Les conditions de travail peuvent être décrites par le contenu du travail et les effets qu'il peut avoir sur la santé et sur la vie personnelle et sociale des personnes. L'analyse de situations réelles de travail est un moyen pertinent d'analyser les risques réels faits des variabilités, des aléas, des ajustements, des circonstances physiques, mentales et sociales que comporte le monde réel (Monod et Kapitainak, 1999).

Ainsi l'analyse de l'activité permet d'appréhender les risques liés à l'existence de relations peu visibles entre les éléments souvent disjoints du point de vue de leurs contenus, dans leurs encrages dans l'espace et le temps. L'activité est un carrefour qui rassemble les risques de la situation de travail identifiés par les connaissances établies de la prévention (ambiances physiques-chimiques...), l'usage du corps qui va s'incarner par des sollicitations physiques, la mobilisation des activités cognitives (pour le traitement de multiples informations qui donnent lieu à des interprétations, des raisonnements). S'ajoute à tout cela les relations interpersonnelles, l'organisation qui fixe des objectifs, des moyens et attribue des tâches et des missions (Monod et Kapitainak, op. cit.)

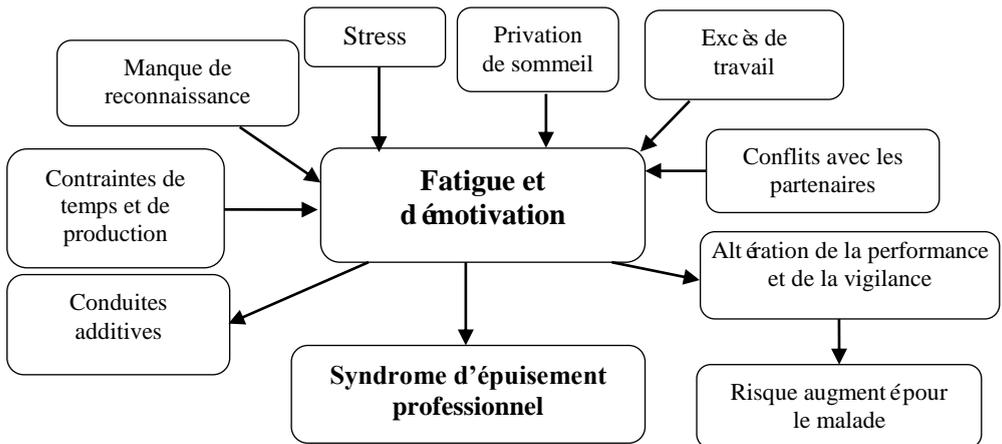
Identifier les risques du travail sur la santé des anesthésistes est un travail de recherche continu, vu l'importance des exigences demandées et qui nécessitent une performance élevée pour préserver la sécurité des patients. Cette performance peut être altérée par des conditions environnementales défavorables, ce qui met les anesthésistes dans des situations de stress et d'épuisement devant une charge de travail importante et les aléas d'une organisation de travail souvent défailante (Gaba et al, 2002).

Les éléments qui recouvrent les conditions de travail peuvent être à la fois physiques (milieu ambiant, durée et rythmes de travail, etc.) et psychiques (intérêt et perception du travail, travail mental, etc.) (Alis et al, 2011). Lorsque les conditions de travail ne répondent pas aux besoins sécuritaires des personnes au travail, il en résulte de la pénibilité, de l'inconfort. Ces états sont des éléments de risque d'erreurs, d'accidents ou de maladies professionnelles (fig. 3).



Fig. 3: Les effets des conditions de travail sur la santé

(D'après Dureuil, Marty, 2013)



Les études en anesthésie ont montré que la densité de la tâche et un emploi du temps contraignant, peuvent augmenter la fatigue excessive (Howard et al, 2002). Ces conditions favorisent l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel, qui représente un risque inquiétant pour trois raisons: la réduction de la performance et donc de la qualité des soins, l'altération de l'état de santé du praticien et enfin des effets dissuasifs sur les futurs internes (Dureuil, Marty, 2003).

L'étude de Gaba et ses collaborateurs en 1994, réalisée chez les anesthésistes en Californie, a révélé que la moitié des praticiens interviewés se sentaient soumis à une pression chronique dans leur travail (Gaba et al, 1994).

Contrairement à ce que l'on croyait pour ces médecins, la cause essentielle de la détérioration de la motivation chez eux ne concerne pas les cas compliqués, mais c'est bien la perte de maîtrise du temps et du contrôle de leurs tâches. La perte ou la réduction d'autonomie pour gérer leur temps est perçue comme une pression psychologique importante. S'ajoute à cela la pression de production exercée parfois au détriment de la sécurité qui provoque non seulement une détresse psychologique liée à la soumission, mais aussi un sentiment de culpabilité lié à la transgression (Dureuil, Marty, op.cit.).



Les relations avec les autres professionnels qui interviennent en amont ou en aval et même en même temps, provoquent souvent des tensions et des conflits dans la réalisation des objectifs à atteindre, qui sont parfois contradictoires. Tous ces éléments et d'autres, favorisent l'insatisfaction au travail et le surmenage puis l'épuisement professionnel qui mène ensuite à un burn-out (Weinger, Englund, 1990).

2. Méthodologie

2.1. La situation d'étude (échantillon, services)

L'étude a été menée dans deux services de chirurgie générale, au sein de deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) à Alger. L'objectif était de cerner les contraintes externes à l'activité des MAR en consultation. Pour cela, six médecins anesthésistes ont été observés pendant six jours en Consultation Préanesthésique (CPA) (une journée par MAR). Ces observations ont été suivies d'entretiens avec les MAR, afin de cerner leurs points de vue sur les effets des contraintes externes sur leur vécu et leur santé.

2.2. Technique et procédure

Au cours des différentes étapes de la recherche on a pu effectuer

- des observations ouvertes durant 78 CPA dans 02 services de chirurgie générale (CHU Beb El oued, Beni Messous);
- des observations systématiques durant 12 CPA dans 02 services avec 06 MAR (02 CPA par MAR);
- des entretiens avec 06 MAR et 02 Professeurs en anesthésie.

Pour suivre le déroulement des consultations, une grille d'observation a été conçue afin de recueillir toutes les actions réalisées pendant la consultation. Les échanges entre le MAR et le patient ont été enregistrés par un dictaphone. En se basant sur l'analyse des données et la retranscription des enregistrements, on a pu démontrer les contraintes vécues dans chaque consultation.

Les entretiens étaient utilisés pour expliciter les actions au cours des consultations, mais aussi pour cerner les points de vue des MARS sur les contraintes retenues au moment de l'étude.



3. Présentation des résultats

Dans cet article, on présente les données obtenues sur les conditions externes au cours des CPA, relevées au cours des observations et discutées avec les MAR.

3.1. Le nombre de patients programmés pour la consultation

Les consultations commençant entre 08 h et 8 h 30, et se terminent la plupart du temps avec le dernier patient programmé vers 13 h 30. Sur le plan formel le secrétariat du service donne des rendez-vous pour un nombre de 15 patients par journée de consultation (Tab1.). Le MAR, chargé de la consultation, consulte des malades qui se présentent pour la première fois, mais aussi ceux qui sont déjà passés et qui devaient compléter des examens demandés. On précise que ces malades ont été consultés par le MAR chargé de la consultation ou bien par un autre confrère.

Tab. 01: Nombre de patients programmés et nombre de malades réellement consultés

	Nombre programmé	Nombre réel	Ecart
Service1			
<i>MAR1</i>	15	20	05
<i>MAR2</i>	11	14	03
<i>MAR3</i>	15	26	11
Service2			
MAR1	18	21	03
MAR2	10	14	04
MAR3	09	13	04

Au cours de nos observations, le nombre de patients à consulter augmente nécessairement et des fois d'une manière très importante de 03 à 11 patients. Sachant que la durée moyenne de la CPA est de 17mn 55Sc (entre 10mn 30 minimum et 30mn 49 maximum). La consultation nécessite une activité importante de prise et de traitement d'information, de prise de décision, mais aussi de transfert d'information via la fiche d'anesthésie.

3.2. Les interruptions au cours de la consultation

Le tableau (Tab.2) présente les fréquences et le type d'interruptions au cours des 12 CPA dans les deux services. On constate que les interruptions les plus fréquentes sont celles effectuées par les infirmiers (28 %) puis les collègues et les appels téléphoniques



(21 %), puis l'ouverture de la porte par des tiers (14 %). Ces interruptions ont suscité à chaque fois l'arrêt de la consultation ou une perturbation de l'activité du MAR comme détournement de l'attention au moment de l'ouverture de la porte.

Tab. 02: Nature et fréquence des interruptions au cours des 12 CPA dans deux services de chirurgie

Nature des interruptions	Fréquence	Pourcentage
Entrée de l'infirmière	08	28
Entrée d'un collègue	06	21
Appel téléphonique	06	21
Ouverture de la porte	04	14
Discussion avec un collègue	04	13
Appel du MAR hors la salle	01	03
	29	100

Même si **les durées** des interruptions ne sont pas longues (2mn 52sc maximum et 1mn 27sc minimum), c'est leur **fréquence** au cours de la même CPA et leur **nature**, qui représentent une gêne pour le MAR

3.3. Manque d'informations et de coordination

Dans la mesure où l'activité du MAR repose essentiellement sur le traitement de l'information, ce dernier est souvent confronté à une difficulté fondamentale qui est la pertinence des informations fournies par les autres confrères ou même par le patient lui-même (Fig.3).

Le chirurgien est censé fournir des données précises sur la pathologie à traiter et les actes envisagés pour l'intervention. La difficulté constatée c'est quand le MAR ne trouve pas d'informations sur le protocole chirurgical et les complications envisageables ; dans ce cas il ne peut pas avoir une représentation complète sur le cas et



sera amené à compléter le manque d'informations. Cette situation engendre perte de temps, angoisse et nervosité

Le Médecin Traitant (MT) est censé fournir des données détaillées sur l'état du malade pour une pathologie chronique. Il a un rôle crucial dans la présentation de données pertinentes sur le malade (par le biais de lettres destinées aux MAR, tel que le diabéologue, le pneumologue, le cardiologue). Malheureusement la plupart des malades se présentent à la CPA sans orientation par le MT, ce qui oblige le MAR parfois à les réorienter vers leurs médecins pour un complément de précision.

D'autres situations peuvent aussi reporter la prise de décision en CPA, comme celles engendrées par l'imprécision de comptes rendus de radiologues ou examens complémentaires (EFR, Telethorax,....). Ce qui nécessite de refaire les examens, comme ce fut le cas d'un patient au service 1.

Tab. 3: Source et type d'informations manquantes et impact sur l'évaluation préanesthésique

Confrères	Type d'informations manquantes	Importance pour l'évaluation anesthésique	Décision du MAR
Chirurgien	Protocole opératoire Les complications possibles	Définir le protocole anesthésique	qu'est ce qu'il va faire?
Médecin traitant	Antécédents du patient L'histoire de la maladie Traitements prescrit	Modifier le protocole	Il me faut une lettre de votre médecin traitant
Radiologue et Biologiste	Les comptes rendus des examens complémentaires incomplets, peu précis (EFR, ECO, ECG,	Modifier le protocole	Il faut me refaire l'examen



Les résultats présentés montrent que la difficulté à trouver les informations nécessaires à une évaluation complète et pertinente du cas est souvent perturbée par un manque d'information et/ou un manque de précision. Cela oblige le MAR à faire de la recherche d'informations complémentaires qui le mène des fois à un report de la CPA.

3.4. L'écart entre la date de la consultation et la programmation du patient

Parallèlement au nombre important de patients programmés le jour de la CPA, les MAR(s) se plaignent également de la durée qui peut s'écouler entre leur consultation et la programmation des patients à l'intervention. Cette durée est très approximative, car elle peut s'étaler sur une durée de plus de six mois. Dans notre étude, un seul cas a été programmé dans les délais souhaités, à savoir trois mois. Trois cas ont été programmés entre trois et neuf mois, alors que la programmation de huit cas avait dépassés les neuf mois (Tab. 4).

Tab.4. L'écart entre la date de la CPA et la programmation (mois)

L'écart entre la date de la CPA et la programmation (mois)	Service 1	Service 2
Moins de 03 mois	01	00
De 03 - 05 mois	01	01
De 06 - 09 mois	00	01
Plus de 09 mois	04	04
Nombre de CPA (12)	06	06

La difficulté pour les MAR(s) est de ne pas pouvoir revoir les malades avant l'intervention et se contenter de refaire le bilan opératoire.

4. Discussion des résultats

Ce qui caractérise l'activité en anesthésie, c'est la complexité de la situation de travail, la dimension collective et le risque lié à l'intervention des professionnels. Cette activité nécessite la mobilisation de fortes exigences cognitives.

La CPA permet à l'anesthésiste de prendre connaissance de son patient, de ses antécédents pathologiques, des traitements qu'il suit et de l'intervention qui est programmée. Le bilan clinique,



éventuellement complété par des examens, permet d'identifier les facteurs de risque, de définir la stratégie anesthésique et de prendre l'ensemble des mesures qui s'imposent pour diminuer le risque opératoire.

C'est à ce moment qu'un choix est effectué entre anesthésie générale et anesthésie loco-régionale. L'anesthésiste prend connaissance des traitements suivis par le patient et fait un tri entre les médicaments qui doivent être nécessairement arrêtés avant l'intervention, ceux qui doivent être obligatoirement poursuivis, ceux qui doivent être remplacés par d'autres médicaments mieux adaptés à la période péri-opératoire et enfin, ceux qui n'ont pas vraiment d'utilité et peuvent être suspendus.

Il est parfois nécessaire de différer une intervention pour permettre une meilleure préparation du patient (perte de poids, prise en charge par d'autres spécialistes tel que le cardiologue, le diabétologue....) ou réduire le risque per-opératoire (infarctus myocardique récent). C'est à ce moment, également, que l'anesthésiste recherche des antécédents d'allergie et évalue les difficultés d'intubation trachéale, informe le patient des risques péri-opératoires et prescrit d'éventuels examens complémentaires.

Une activité aussi diversifiée et complexe nécessite un minimum de conditions pour permettre au MAR de recueillir et traiter l'information pertinente à l'évaluation des risques. Le MAR a besoin également de matériel adéquat pour pouvoir prendre l'information au bon moment (la salle de consultation, une balance, un tensiomètre.....) mais aussi d'un support de travail conçu pour permettre une notation des informations recueillies plus facile (la fiche d'anesthésie) (1).

(1) Un élément que l'on n'a pas traité dans cet article, mais qui fera probablement un sujet de discussion dans un autre article.

S'ajoute à toutes ces contraintes, des contraintes organisationnelles que nous avons présentées dans les résultats.

Vu l'importance de l'effort cognitif mobilisé en consultation avec chaque patient (Prise et traitement de l'information, communication et échange avec le patient, représentation de l'état du patient, prise de décision, transfert d'informations via la fiche d'anesthésie), les



observations effectuées et les entretiens avec les MARS soulignent clairement que la programmation des malades pour la CPA, représente le premier problème organisationnel, car le nombre est toujours sujet d'augmentation. Cela rend l'organisation des consultations difficile, et se répercute sur le temps de chaque consultation, augmentant ainsi la charge de travail. Le nombre élevé de patients programmés, oblige le MAR à faire vite. Ce qui n'est pas sans conséquences sur l'apparition de fatigue et de stress chez les MARS qui affecte leurs activités par des omissions de recueil d'informations (tel que les allergies,) ou même de réalisation d'actions importantes (telles que la prise de poids, prise de la tension artérielle,...).

Ce qui est intéressant à signaler c'est que les consultations rajoutées au programme sont causées par l'intervention des collègues ou de connaissances qui arrivent avec leurs malades en consultations sans préavis, ce qui met le MAR devant le fait accompli.

Les interventions des collègues sont aussi la première cause d'interruption au cours des consultations. Les résultats démontrent que 21 % de celles-ci sont dues à l'arrivée d'un collègue en salle de consultation, et 13 % d'entre elles sont dues à des discussions avec un collègue sur un cas au service ou en urgence. Par contre, 28 % des interruptions concernent les entrées fréquentes des infirmiers, qui sont censés assurer le bon déroulement de la CPA. L'infirmier arrive avec un dossier incomplet d'une consultation antérieure, ou bien avec une question qui a été posée par un patient. Ces va et vient interrompent souvent le MAR, qui arrête son activité pour répondre à une question, consulter un dossier ou même donner son avis. Estryn-Béhar (2001) met en évidence la complexité du travail à l'hôpital, les observations de journées de travail ont montré que les professionnels réorganisent constamment le programme de travail en prenant en compte plusieurs indicateurs, le plus important concerne les interruptions.

L'ouverture de la porte au moment de la consultation représente 14 % des interruptions enregistrées au cours de l'activité des MAR. Surtout dans le service 1, car il n'y avait pas d'infirmier permanent pour faire entrer les malades. Cette forme d'interruption est due à



l'impatience des malades qui attendent longtemps leur tour. Cela rend l'environnement très tendu, à l'intérieur de la salle de consultation et en salle d'attente.

Les causes des interruptions peuvent être personnelles (coup de téléphone) ou professionnelle (discuter un cas avec un collègue), même si les durées de celles-ci ne sont pas longues (entre 2mn 52s comme durée maximum et 1mn 27s comme durée minimum), leurs fréquences en une seule consultation représentent une source de stress et de déconcentration pour le MAR et même pour le malade. Les interruptions en une seule consultation peuvent dépasser la fréquence de 05, comme dans le cas ASA3 au service 1 :

1. L'infirmier entre en salle et présente le dossier d'un autre malade, demande au MAR de le vérifier ;
2. Le Mar lui demande de le déposer sur le bureau, il le verra dès qu'il aura terminé ;
3. L'infirmier revient pour voir le dossier, le MAR lui dit qu'il a oublié ;
4. L'infirmier revient pour rappeler le MAR, au même moment un collègue arrive en salle est interpelle le MAR, qui sort pour lui parler ;
5. Le MAR reprend la consultation, un autre collègue arrive pour soulever un problème au service ;
6. Un malade en salle d'attente s'impatiente ouvre la porte et demande au MAR de le faire passer en l'absence de l'infirmier

Il est clair que l'essentiel de l'activité du MAR en CPA est de recueillir et de traiter l'information. Ces dernières sont transmises par des confrères d'autres spécialités (le chirurgien, médecin traitant, médecin biologiste, radiologue). Tous ces spécialistes ont un rôle dans la présentation d'informations pertinentes au MAR, ce qui rend la coordination entre eux très importante pour une évaluation efficace des risques et permettre un déroulement paisible de la CPA.

Les résultats montrent que dans beaucoup de cas, le MAR se retrouve en une situation de rechercher et/ou de préciser des informations sur le dossier médical du malade, ce qui l'empêche de prendre les décisions sur la faisabilité de l'intervention chirurgicale. Ce manque d'informations concerne des comptes rendus peu clairs de la part des praticiens qui établissent des examens complémentaires (radiologue, biologiste, autre...), ou par le



manque d'informations des médecins traitants, qui suivent les malades pour des pathologies chroniques (diabétologue, cardiologue, pneumologue, neurologue....) et même du compte rendu incomplet du chirurgien traitant qui ne donne pas d'informations sur la technique chirurgicale.

Tout cela oblige souvent le MAR à reporter la prise de décision jusqu'à l'obtention des informations manquantes ou peu claires. Les études sur l'activité du MAR en anesthésie (Anceaux et al, 1999; 2001) montrent que l'objectif de la CPA, est de mettre en place un plan d'anesthésie qui se base essentiellement sur l'état de santé du patient et la chirurgie programmée. Et le fait de ne pas fournir les informations précises et pertinentes le jour de la CPA rend l'évaluation des risques difficile et reporte la prise de décision.

Au cours de notre étude, plusieurs services de chirurgie de la capitale étaient en travaux, Ce qui a diminué considérablement la possibilité d'hospitaliser les malades programmés la veille de l'intervention. Cependant, pour les cas ASA1 et ASA2, le secrétariat du chef de service contacte les malades pour les aviser de la date de l'intervention, en leur demandant de refaire le bilan préopératoire (s'il dépasse les trois mois).

La programmation des malades est gérée seulement par le chef de service, qui décide des cas à programmer pour la journée. Les observations menées au bloc opératoire ont montré parfois des tensions entre les MAR(s) et le chef de service qui ne prend pas en considération dans la programmation des malades l'avis des anesthésistes et cela par rapport aux pathologies programmées, et la nécessité de revoir les malades avant l'intervention, pour assurer une bonne prise en charge.

Les résultats montrent que tous les cas vus en consultation au cours de notre recherche (12 cas), ont été programmés entre trois et cinq mois après la date de la consultation. Les entretiens avec les MAR(s) soulignent aussi un mécontentement sérieux de la gestion de la programmation des cas déjà consultés, qui peut dépasser les délais sécurisés pour les malades (moins de trois mois). La plupart de ces malades sont vus au bloc opératoire le jour même de l'intervention



(03/06 des cas observés ont été hospitalisés le matin même de l'intervention).

Cette situation oblige les MARS à travailler dans des conditions de risques ajoutés pour le malade, mais aussi un stress supplémentaire dans la prise en charge postopératoire. Dureuil et Marty (2003) ont bien montré que la pression de production est parfois exercée au détriment de la sécurité provoquant ainsi non seulement une détresse psychologique liée à la soumission, mais aussi un sentiment de culpabilité lié à la transgression.

Conclusion

La consultation préanesthésique est un moment crucial pour la sécurité des patients mais aussi pour le bien-être des praticiens. L'analyse du travail réel en ergonomie suscite un intérêt particulier, elle nous permet de saisir les obstacles concrets que vivent les anesthésistes tous les jours.

Notre étude a montré que les contraintes externes sont multiples, les plus parlantes sont la pression de production dans les services de chirurgie à la capitale, exercée parfois au détriment de la sécurité des patients. Une programmation importante de malades en consultation préanesthésique sans pour autant mettre en place une organisation rigoureuse pour faciliter le travail des MAR(s) et permettre une bonne prise en charge des malades (interruptions, bruits, manque d'instrument en salle de consultation) engendre un état de stress, de fatigue et même l'apparition du syndrome d'épuisement (burn-out) (Dureuil et Marty, 2003).

Cette charge de travail crée des relations avec les autres médecins et chirurgiens qui pouvant être facteur générateur de tension psychologique pour un manque d'information pertinente qui empêche l'évaluation du cas, reporte la prise de décision et qui empêche le bon fonctionnement du service.

Les implications organisationnelles privent les MAR(s) d'un réel travail de coopération et de coordination dans la gestion des dossiers et la programmation mettant en avant un sentiment de manque d'autonomie pour gérer leur travail. Ces conditions de travail favorisent des interventions avec une qualité moindre (qualité



empêchée), qui peut être néfaste pour la sécurité des patients et l'état de santé des praticiens.

Ces résultats soulèvent l'importance du travail collectif au sein des services hospitaliers. Un collectif de travail soudé et organisé autour d'un projet de prise en charge du malade efficace, assure un environnement de travail paisible et peu contraignant. Mais on ne peut aboutir à cela, que si l'institution permet un espace et du temps pour une pratique réflexive, des échanges d'information et de débattre les choix (Estryn-Béhar, 2008,2011). D'où l'intérêt d'opter pour des organisations, qui favorisent les espaces de débats, afin de partager des critères sur la qualité du travail (Caroly et Barcellini, 2013).

Références

1. Alis D., Besseyre Des Horts C-H., 2011. GRH Une approche internationale, éd. de boeck, 3^e édition, Belgique, pp 20-24.
2. Amalberti R., 1996. La conduite de systèmes à risques, presses universitaires de France, pp.52-54.
3. Amalberti R., 2003. Complications: défaillances de l'organisation et dérives des systèmes humains, In Maty J. (Eds.) *Organisation- Qualité Gestion du risque en anesthésie-réanimation*, Masson, pp 239.
4. Anceaux F., Beuscart-Zephir M., Sockeel P., 1999. Human-machine cooperation in the anesthetic consultation: importance of planning activities for information gathering, In J.M. Hoc, P. Millot, E. Hollnagel, (Eds.) *Proceedings of CSAPC'99*, Presses Universitaires de Valenciennes, Valenciennes, F, pp. 15-20, septembre.
5. Anceaux F., Thuilliez H., Beuscart-Zephir M., 2001. Gestion de la prise d'informations pour la planification en situation dynamique: L'anesthésie, In V Grosjean E. Raufaste (Eds), Actes des premières journées d'étude en Psychologie Ergonomique (Epique), pp. 71-82, INRIA, Rocquencourt, France.
6. Anceaux F., Beuscart-Zephir M., 2002. La consultation préopératoire en anesthésie: gestion de la prise d'informations et rôle des données retenues dans la planification du processus d'anesthésie, *Le Travail humain*, 65, pp. 59-88.
7. Caroly S., et Barcellini F., 2013. Le développement de l'activité collective, In P. Falzon (Ed), *Ergonomie Constructive*, p .33-45, presses universitaires de France.



8. Curie J., Hajjar V., 1987. « Vie de travail, Vie hors travail: la vie en temps partagé » in Lévy-Leboyer C. et Spérandio J.-C. (éds), *Traité de psychologie du travail*, Paris, Puf, pp. 35-55
9. Dureuil B., Marty J., 2003. Compétences et performances des anesthésistes réanimateurs : conditions de travail et implications, In Maty.J (Eds.). *Organisation- Qualité Gestion du risque en anesthésie-réanimation*, Masson, pp. 111-125.
10. Estry-Béhar M., 2008. Santé et Satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Rennes, presses de l'école des hautes en santé publique, pp 27-343.
11. Estpyn-Béhar M., 2011. Ergonomie hospitalière: théorie et pratique, seconde édition actualisée, éd. Octares, pp. 118-120.
12. Gaba D.M., 1994. Human error in dynamic medical domains, In D.M. Gaba, K.J. Fish, S.K. Howard (Eds.), *Crisis management in anaesthesia*, New York, Churchill Livingstone, pp. 294.
13. Gaba D.M., Howard, S.K. 2002. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med* 2002; 346: 1249-55.
14. Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., 2007. Comprendre le travail pour le transformer, La pratique de l'ergonomie, ANACT, éditions, pp. 52.
15. Howard S.K., Roseking M.R., Katz J.D., et al. 2002. Fatigue in anaesthesia. *Anesthesiology*, 97: 1281-94.
16. Leplat J., Cuny X., 1977. Introduction à la psychologie du travail, presses universitaires de France, pp. 45-73.
17. Nyssen A.S., 1997. Vers une nouvelle approche de l'erreur humaine dans les systèmes complexes, Exploration des mécanismes de production de l'erreur en anesthésie, *Thèse de doctorat en psychologie*, Liège : université de Liège, pp.56-60.
18. Monod H., Kapitainak B., 1999. Ergonomie, Masson, PP 37-40.
19. Weinger M., Englund C.E., 1990. Ergonomic and human factors affecting anesthetic vigilance and monitoring performance in the operating room environment, *Anesthesiology*; 73:995-1021.

